



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΗΠΙΟΝΗ»

ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016, ΜΕ ΘΕΜΑ:

«Πρόληψη της Οστεοπόρωσης και των Πτώσεων»

ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΥΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ

ΕΙΡΗΝΗ ΔΡΙΖΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2018



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΗΠΙΟΝΗ»

ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016, ΜΕ ΘΕΜΑ:

«Πρόληψη της Οστεοπόρωσης και των Πτώσεων»

ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΥΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ

ΕΙΡΗΝΗ ΔΡΙΖΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2018

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΥΓΙΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗ, ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΤΩΣΕΙΣ.....	11
1.1 Τρίτη ηλικία.....	11
1.2 Υγιής και Ενεργός γήρανση.....	12
1.3 Οστεοπόρωση.....	13
1.4 Πτώσεις και τρίτη ηλικία.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΔΗΜΟΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΓΙΟΥΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ - ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΑΔΗΜΟΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΓΙΩΝ ΠΟΛΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
2.1 Δήμοι και προγράμματα υγιούς γήρανσης σε επίπεδο πρόληψης.....	18
2.2 Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων και Προαγωγής Υγείας.....	21
2.2.1 Σκοποί και στόχοι της πολιτικής των Δήμων – μελών του Δικτύου.....	21
2.2.2 Η πολιτική στους Δήμους-μέλη του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου για την τρίτη ηλικία.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “ΗΠΙΟΝΗ” 2016 ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ.....	25
3.1 Ιστορική αναδρομή προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ” για το έτος 2016.....	25
3.2 Φιλοσοφία του προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ” και ειδικοί στόχοι για το 2016.....	25
3.3 Διαδικασία Ανάπτυξης – Υλοποίησης.....	26
3.4 Παρεμβάσεις στην κοινότητα.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Δήμοι ελληνικής επικράτειας ανά περιφέρεια και Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ ανά περιφέρεια.....	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Τοπογραφική ταξινόμηση (υψομετρική – νησιωτικότητα -παραμεθόριος) των Δήμων-μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ.....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Δημογραφικά στοιχεία των Δήμων – μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ.....	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: Τελική μορφή ερωτηματολογίου.....	96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: Επιστολή προς την/τον Υπεύθυνη / Υπεύθυνο του Δήμου για την υλοποίηση του προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ” για το έτος 2016.....	104

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας κ. Μαρίας Ζαφειροπούλου, την οποία θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον αντικείμενο που ανταποκρίνεται απολύτως στα επιστημονικά μου ενδιαφέροντα και γιατί πίστεψε σε εμένα από το πρώτο κίολας εξάμηνο των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας». Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά επίσης την κ. Παναγιώτα Σουρτζή, Αντιπρόεδρο της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας, καθώς και τον κ. Ευστράτιο Χατζηχαράλαμπος, Προϊστάμενο Τμήματος ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας & Πρόληψης της Δ/σης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας & Πρόληψης του Υπουργείου Υγείας της Ελλάδας, για την αμέριστη και καθοριστική συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω θερμά το Δ.Σ. του ΕΔΔΥΠΠΥ και ιδιαίτερα την κ. Νταΐζη Παπαθανασοπούλου, Συντονίστρια Προγράμματος Υγιείς Πόλεις του Π.Ο.Υ. στο ΕΔΔΥΠΠΥ & Πρόεδρο Συμβουλευτικής Επιτροπής του Π.Ο.Υ. για τα Εθνικά Δίκτυα, που μου έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για τη διανομή του ερωτηματολογίου της παρούσας εργασίας στους συντονιστές των Δήμων-μελών του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων και Προαγωγής Υγείας. Ευχαριστώ πολύ και όσους απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, που χωρίς τη δική τους συμβολή δεν θα μπορούσε να έρθει εις πέρας η εργασία αυτή. Θέλω να ευχαριστήσω τους φίλους μου για τη συνεχή τους συμπαράσταση, καθώς και τον συνάδελφό μου κ. Κανατσούλη Χαράλαμπο, Φυσικό – Διοικητικό Υπάλληλο, που συνέβαλε με τα σχόλια και την κριτική του στην αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την ηθική στήριξη των επιλογών μου και να αφιερώσω την παρούσα εργασία στον πατέρα μου, που αν και δεν είναι μαζί μας, πάντα με ενθάρρυνε και με προέτρεπε να συνεχίσω τις σπουδές μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός εργασίας: Η διαμόρφωση της εικόνας του κατά πόσο υλοποιήθηκε το πρόγραμμα «ΗΠΙΟΝΗ» για το έτος 2016 στην κοινότητα, εάν μέσω του συγκεκριμένου προγράμματος δημιουργήθηκαν τα δίκτυα των συνεργαζόμενων φορέων σε τοπικό επίπεδο, ποια προβλήματα κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν οι Δήμοι κατά την εφαρμογή του και κατά πόσο είναι επιθυμητή η συνέχισή του.

Υλικό και μέθοδος: Συντάχθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από εικοσιοχτώ ερωτήσεις βάσει των καθοριζόμενων στόχων. Το σύνολο των ερωτήσεων είναι κλειστού τύπου, εκτός της τελευταίας ερώτησης στην οποία προαιρετικά καταγράφονται σχόλια που αφορούν στο πρόγραμμα. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους συντονιστές των 192 Δήμων-μελών του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων και Προαγωγής Υγείας, από 15 Ιουνίου έως 31 Οκτωβρίου 2017, προς συμπλήρωση από τους υπεύθυνους του προγράμματος των Δήμων.

Αποτελέσματα: Από τα 192 ερωτηματολόγια που απεστάλησαν, επέστρεψαν συμπληρωμένα τα 56. Σύμφωνα με την καταμέτρηση και συσχέτιση των απαντήσεων: α) ο βαθμός ενημέρωσης και εφαρμογής του προγράμματος στους Δήμους της χώρας κρίνεται ελλιπής, β) η συνεργασία των Δήμων με τους εμπλεκόμενους φορείς βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, γ) τα προβλήματα που κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν οι Δήμοι κατά την εφαρμογή του προγράμματος είναι κυρίως η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού, ιδιαίτερα επαγγελματιών υγείας, στους Δήμους και η έλλειψη συντονιστικού μηχανισμού από το Υπουργείο Υγείας, δ) η πλειοψηφία των Δήμων που απάντησαν ότι υλοποίησαν το πρόγραμμα δήλωσαν ότι είναι επιθυμητή η συνέχισή του εφόσον αντιμετωπισθούν τα προβλήματα.

Συμπεράσματα: Κρίνεται απαραίτητη η υιοθέτηση μιας εθνικής πολιτικής για την αγωγή και προαγωγή υγείας στην τρίτη ηλικία που θα περιλαμβάνει στους επιμέρους στόχους και την πρόληψη της οστεοπόρωσης και των πτώσεων. Μέσω του κατάλληλου στρατηγικού σχεδιασμού, των οδηγιών ανάπτυξης και της ανατροφοδότησης από τη θεσπισμένη και θεσμικά καθιερωμένη εφαρμογή προγραμμάτων όπως το ΗΠΙΟΝΗ, μπορεί να επιτευχθεί μακροχρόνια η δημιουργία τόσο της κουλτούρας συνεργασίας μεταξύ των τοπικών φορέων, όσο και των κατάλληλων συνθηκών στην κοινότητα για την επίτευξη καλού επιπέδου υγείας των πολιτών.

Λέξεις – κλειδιά: ΗΠΙΟΝΗ 2016, Τοπική Αυτοδιοίκηση, τρίτη ηλικία, πρόληψη οστεοπόρωσης και πτώσεων

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this research is the examination of whether the "IPIONI" program for the year 2016 was implemented in the community, if through this program the networks of the cooperating bodies were created at the local level, what problems had the Municipalities to face during its implementation and whether it is desirable to continue for the next years.

Materials and methods: A questionnaire consisting of twenty-eight questions based on the defined objectives was prepared. The set of questions is closed-ended, except for the last question in which program-specific comments are optionally recorded. The questionnaire was distributed to the coordinators of the 192 Municipalities of the National Inter-City Network of Healthy Cities and Health Promotion (EDYPPY) from 15th of June to 31st of October 2017, in order to be completed by the ones in charge for the program of "IPIONI" in the Municipalities.

Results: Out of the 192 questionnaires sent out, 56 were returned. According to the counting and correlation of the answers: a) the degree of information and implementation of the program in the Municipalities of the Greek territory is considered incomplete, b) the collaboration of the Municipalities with the involved institutions is at an early stage, c) the problems that the Municipalities had to face during the implementation of the program, are mainly the lack of human resources, especially health professionals, in the Municipalities and the lack of co-ordination mechanism by the Ministry of Health, d) the majority of the Municipalities that answered that they implemented the program stated that its continuation is desirable, if the problems that encountered will be addressed.

Conclusions: It is necessary to adopt a single national policy for the treatment and promotion of health in the elderly, which involves among its goals the prevention of osteoporosis and falls. Through strategic planning, development guidelines and feedback from the statutory implementation of programs such as "IPIONI", the creation of both the appropriate culture of cooperation between local actors and the appropriate conditions in the community can be succeeded, in order to achieve a good level of citizens' health.

Keywords: IPIONI 2016, Local Authorities, third age, prevention of osteoporosis and falls

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για τον χαρακτηρισμό κάποιου ανθρώπου ως ηλικιωμένου, συνήθως χρησιμοποιείται ως αποκλειστικό κριτήριο η χρονολογική ηλικία, χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν η βιολογική ηλικία, που μπορεί να διαφέρει σημαντικά. Στις περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου η χρονολογική ηλικία των 65 ετών οριοθετεί το πέρασμα στην τρίτη ηλικία. Σύμφωνα με τον ΟΗΕ, η ηλικία των 60 χρόνων και άνω αποτελεί το όριο για το πέρασμα στην πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η τρίτη ηλικία συνδέεται άμεσα με την ηλικία συνταξιοδότησης.

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αποτελεί σήμερα ένα κυρίαρχο δεδομένο με κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές προεκτάσεις. Η πληθυσμιακή ομάδα ηλικιωμένων αναπτύσσεται παγκοσμίως με πολύ γρήγορους ρυθμούς (United Nations, 2015). Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2011), εκτιμάται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχουν περίπου εξακόσια εκατομμύρια άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, το σύνολο των οποίων υπολογίζεται ότι θα διπλασιαστεί μέχρι το 2025 και έως το 2050 θα καταλαμβάνει το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού. Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί συνδυασμό των φαινομένων της υπογεννητικότητας και του προσδόκιμου ζωής, ενώ η ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου συνδέεται άμεσα με την εξασφάλιση της καλής λειτουργικότητας και αυτονομίας του (Enkvist et al., 2013). Στο επίπεδο της νοσηρότητας εκτός από τα νοσήματα που οδηγούν σε απώλεια ζωής, πολύ σημαντικά είναι εκείνα τα νοσήματα που υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής σε σημαντικό επίπεδο, όχι μόνο των ηλικιωμένων, αλλά και της οικογένειάς τους, όπως η κατάθλιψη, η άνοια, η οστεοπόρωση, αλλά και οι αισθητηριακές βλάβες (όραση, ακοή), τα οποία αυξάνουν την εξάρτηση και την ανάγκη για φροντίδα των πασχόντων (Bennett & Ebrahim, 1995; Fillit et al., 2010). Επιπλέον παράγοντες κινδύνου για τους ηλικιωμένους που συμβάλλουν στην εμφάνιση των χρόνιων νοσημάτων και των νοσημάτων φθοράς, είναι η πολυφαρμακία, οι πτώσεις και η ευαλωτότητα (Bergman & Almkvist, 2013). Από τα ανωτέρω, είναι επόμενο ότι και το κόστος υπηρεσιών υγείας για τους ηλικιωμένους είναι αναλογικά πολύ μεγαλύτερο, αφού τα περισσότερα προβλήματα υγείας, αλλά και οι ανάγκες για φροντίδα, παρουσιάζονται στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα έχει στρέψει με ενδιαφέρον το βλέμμα της στην ανάγκη για εξασφάλιση της αυτονομίας, της ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Αν και η χρονολογική γήρανση είναι αναπόφευκτη, εντούτοις ο ρυθμός της βιολογικής γήρανσης και ο βαθμός της σωματικής έκπτωσης της ικανότητας των ηλικιωμένων είναι αρκετά διαχειρίσιμος και ποικίλει, καθώς τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν

ετερογενή ομάδα και κάθε άτομο αξιολογείται εξατομικευμένα. Το 2016 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ενέκρινε την παγκόσμια στρατηγική και το Σχέδιο Δράσης για τη γήρανση και την Υγεία και το σχετικό ψήφισμα της 69ης Παγκόσμιας συνέλευσης Υγείας, σύμφωνα με το οποίο ο Γενικός Διευθυντής του Π.Ο.Υ. καλείται να ηγηθεί μιας παγκόσμιας εκστρατείας για την καταπολέμηση του ηλικιακού ρατσισμού, υποστηρίζοντας τοπικούς και διεθνείς εταίρους στις προσπάθειές τους να αλλάξουν πολιτικές και πρακτικές. Στο πλαίσιο του Διεθνούς Σχεδίου Δράσης “Active Ageing – A Policy Framework” (Μαδρίτη 2002), διαμορφώνονται οι στρατηγικές σε εθνικό και διεθνές επίπεδο για την ενεργό και υγιή γήρανση, με στόχο την αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων ατόμων και την ενδυνάμωση της κοινωνικής συμμετοχής τους. Ενεργός γήρανση σημαίνει ότι η ζωή συνεχίζεται αμείωτη και επομένως η κοινωνία οφείλει να εκτιμά και να τιμά με αυξανόμενους ρυθμούς τη συμβολή των μεγαλύτερων και να τους παρέχει ευκαιρίες για να εξακολουθούν να εργάζονται και να μοιράζονται τις εμπειρίες και την πείρα τους με τους νεότερους, να εξακολουθούν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία ως ισότιμα μέλη της, και να ζουν όσο το δυνατόν πιο υγιείς και δραστήριοι, απολαμβάνοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2012). Ως υγιής γήρανση ορίζεται η διαδικασία μεγιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας να είναι σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν μία ανεξάρτητη και καλής ποιότητας ζωή (Σχέδιο «Υγιής Γήρανση» 2004-2007).

Οι Δήμοι, όντας κοντά στον πολίτη και γνωρίζοντας τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους, έχουν το πλεονέκτημα μέσω της κατάλληλης στρατηγικής να αντιδρούν γρήγορα, αποτελεσματικά και κυρίως στοχευμένα στα εκάστοτε ζητήματα, γεγονός που είναι πολύ σημαντικό όταν τα ζητήματα αυτά αφορούν σε θέματα υγείας. Μέσα στα πλαίσια της εθνικής στρατηγικής για την ενεργό και υγιή γήρανση, η Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία, αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα των ενεργειών και των δράσεων που σχετίζονται με την ενεργό και υγιή γήρανση, κατέθεσε εισήγηση στο Υπουργείο Υγείας για το πρόγραμμα “ΗΠΙΟΝΗ” για το έτος 2016, με θέμα: “Πρόληψη της Οστεοπόρωσης και των Πτώσεων”, αφού μέσω της πρόληψης της οστεοπόρωσης και των πτώσεων μπορεί να βελτιωθεί περισσότερο η υγεία και η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και να περιοριστεί το υγειονομικό κόστος που αυτές επιφέρουν. Το πρόγραμμα “ΗΠΙΟΝΗ” έχει εθνική εμβέλεια και πιλοτικό χαρακτήρα, προκειμένου να διαμορφωθούν τα δίκτυα των συνεργαζόμενων φορέων σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και να εδραιωθούν οι διαδικασίες εκείνες που θα θεμελιώσουν την καθιέρωση και συνέχισή του για τα επόμενα έτη, με διαφορετικό θέμα κάθε

έτος.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής ερευνητικής εργασίας, είναι η διερεύνηση της απήχησης στους Δήμους της ελληνικής επικράτειας του προγράμματος του Υπουργείου Υγείας “ΗΠΙΟΝΗ” για το έτος 2016. Στόχο της έρευνας αποτελεί ο προσδιορισμός του βαθμού ενημέρωσης και εφαρμογής του συγκεκριμένου προγράμματος στους Δήμους της ελληνικής επικράτειας, η εκτίμηση της συνεργασίας των Δήμων με τους εμπλεκόμενους φορείς, ο βαθμός επιτυχίας ως προς την επίτευξη των επιμέρους στόχων του προγράμματος όπως αυτοί παρουσιάζονται στην εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, η καταγραφή των αδύναμων σημείων που καλέστηκαν να αντιμετωπίσουν οι Δήμοι κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος, καθώς και η ανάδειξη της πιθανής επιθυμίας για συνέχιση του προγράμματος. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις έννοιες της τρίτης ηλικίας, της υγιούς γήρανσης, της οστεοπόρωσης και των πτώσεων, στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται ο ρόλος των Δήμων της ελληνικής επικράτειας στην υλοποίηση προγραμμάτων υγιούς γήρανσης σε επίπεδο πρόληψης, καθώς και η πολιτική του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων και Προαγωγής της Υγείας για την τρίτη ηλικία. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια παρουσίαση του προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ” του Υπουργείου Υγείας για το έτος 2016, στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας, ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων και τέλος, η συζήτηση και ο σχολιασμός τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΥΓΙΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗ, ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΤΩΣΕΙΣ

1.1 Τρίτη ηλικία

Σύμφωνα με τον ΟΗΕ, η ηλικία των 60 ετών και άνω αποτελεί το όριο για το πέρασμα στην πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η τρίτη ηλικία συνδέεται άμεσα με την ηλικία συνταξιοδότησης. Στις περισσότερες χώρες η χρονολογική ηλικία των 65 ετών οριοθετεί το πέρασμα στην τρίτη ηλικία, αφού συνήθως χρησιμοποιείται ως αποκλειστικό κριτήριο η χρονολογική ηλικία για τον χαρακτηρισμό ενός ανθρώπου ως ηλικιωμένου. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, ηλικιωμένος θεωρείται αυτός που σταματά να συμμετέχει ενεργά στην παραγωγική διαδικασία (Gorman, 1999).

Ανεξάρτητα από το πρόβλημα ορισμού της τρίτης ηλικίας, η πληθυσμιακή ομάδα ηλικιωμένων αναπτύσσεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς. Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ. εκτιμάται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχουν περίπου 600 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, το σύνολο των οποίων υπολογίζεται ότι θα διπλασιαστεί μέχρι το 2025 και θα φθάσει σχεδόν τα δύο δισεκατομμύρια μέχρι το 2050. Ειδικότερα, μεταξύ 2015 και 2050, ο αριθμός των ηλικιωμένων που ζει σε χώρες υψηλού εισοδήματος προβλέπεται να αυξηθεί κατά 56%, κατά 138% σε χώρες ανώτερου μεσαίου εισοδήματος, κατά 185% σε χώρες χαμηλότερου μεσαίου εισοδήματος και 239% σε χώρες χαμηλού εισοδήματος. Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες με τον πλέον γηρασμένο πληθυσμό, μιας και κατέχει την πέμπτη θέση παγκοσμίως.

Για την τρίτη ηλικία, εκτός από τα νοσήματα που οδηγούν σε απώλεια ζωής, πολύ σημαντικά είναι εκείνα τα νοσήματα που υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής σε σημαντικό επίπεδο, όχι μόνο των ηλικιωμένων, αλλά και του οικείου τους περιβάλλοντος. Η οστεοπόρωση και οι πτώσεις είναι φαινόμενα που αυξάνουν την εξάρτηση και την ανάγκη για φροντίδα των ηλικιωμένων, γι' αυτό και αναγνωρίζονται ως δύο από τα πιο σημαντικά προβλήματα στην τρίτη ηλικία. Οι πτώσεις υπολογίζεται ότι ευθύνονται για το 70% των ατυχημάτων σε άτομα άνω των 65 ετών (Weigelt, 1997) και έχουν μεγάλη σημασία τόσο για τον καθένα ξεχωριστά, όσο και για το οικείο περιβάλλον του ηλικιωμένου (American National Council on Ageing, 2015). Η οστεοπόρωση και τα οστεοπορωτικά κατάγματα αντιπροσωπεύουν ένα τεράστιο επιδημιολογικό πρόβλημα και για τα δύο φύλα, καθώς σχετίζονται με την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας. Σύμφωνα με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, στη χώρα μας το 2010 συνέβησαν περίπου 86.000 οστεοπορωτικά κατάγματα, τα οποία κόστισαν περίπου 680 εκατομμύρια ευρώ, ενώ

αναμένεται σημαντική αύξηση στο εγγύς μέλλον, με ανάλογο κόστος. Επειδή με τη γήρανση του πληθυσμού και με την σε συνδυασμό αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, ο αριθμός των ανθρώπων που κινδυνεύουν από πτώσεις και από εμφάνιση οστεοπόρωσης θα είναι πολύ μεγαλύτερος, η πρόληψή τους αποτελεί κύριο στόχο στα πλαίσια των προγραμμάτων προώθησης της υγείας για την υγιή γήρανση.

1.2 Υγιής και Ενεργός γήρανση

Η Υγιής γήρανση ορίζεται ως “η διαδικασία μεγιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας να είναι σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν μία ανεξάρτητη και καλής ποιότητας ζωή” (Σχέδιο «Υγιής Γήρανση» 2004-2007). Η Υγιής Γήρανση, η οποία καλλιεργήθηκε με συστηματικές προσπάθειες προώθησης της υγείας, είχε αναφερθεί ήδη από το 1998 ως ο πέμπτος Στόχος της Πολιτικής του ΠΟΥ "Υγεία για Όλους στον 21ο Αιώνα". Η υγιής ισορροπία μεταξύ των ικανοτήτων του ατόμου και των στόχων του, περιλαμβάνει τις διαδικασίες της προσαρμογής και της αποδοχής των αλλαγών που επέρχονται στη ζωή. Η υγιής γήρανση εξαρτάται επίσης σε μεγάλο βαθμό από την αυτονομία, η οποία ουσιαστικά αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας έχουν το δικαίωμα να αυτοπροσδιορίζονται. Οι ικανότητες του ηλικιωμένου ανθρώπου, οι στόχοι που αυτός θέτει και το περιβάλλον στο οποίο διαμένει, είναι τρεις αλληλένδετοι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται παράλληλα υπόψη κατά την προώθηση της υγιούς γήρανσης (International Federation on Ageing). Επιπλέον, καθώς τα προβλήματα υγείας είναι ο πιο σημαντικός λόγος για την πρόωρη αποχώρηση από την εργασία, οι παρεμβάσεις για την προώθηση της υγείας που υποστηρίζουν την υγιή γήρανση και προσδίδουν αξία στην προσφορά των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνον ως στοιχείο για προώθηση της ατομικής ευημερίας, αλλά και ως επένδυση για τις χώρες εκείνες που αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας εργατικού δυναμικού, αφού μπορούν να συμβάλλουν στην παραγωγικότητα, μειώνοντας τις πιθανότητες πρόωρης συνταξιοδότησης. Τα πιο αποδοτικά προγράμματα προώθησης της υγείας για υγιή γήρανση βασίζονται στην επιστημονική τεκμηρίωση και προωθούνται στο ευρύ κοινό με τέτοιο τρόπο που μπορούν εύκολα να γίνουν κατανοητά.

Τα τελευταία χρόνια μία σειρά όρων που συνδέονται με την υγεία στην τρίτη ηλικία εμφανίζονται τόσο στα ερευνητικά πρωτόκολλα όσο και στα έγγραφα που αφορούν την πολιτική. Οι όροι αυτοί αναφέρονται ως «healthy ageing» - υγιής γήρανση, «successful

ageing» - επιτυχής γήρανση και «active ageing» - ενεργός γήρανση (AGE, 2007). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή όρισε τον δείκτη υγιούς ζωής (healthy life indicator) ή αλλιώς (disability-free life expectancy) για να είναι σε θέση να υπολογίζει τον αριθμό των ετών που τα άτομα μιας συγκεκριμένης ηλικίας προσμένουν να ζήσουν χωρίς την ύπαρξη ασθένειας (European Commission, 2007).

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2012), «Ενεργός γήρανση σημαίνει ότι η ζωή συνεχίζεται αμείωτη και επομένως η κοινωνία οφείλει να εκτιμά και να τιμά με αυξανόμενους ρυθμούς τη συμβολή των μεγαλύτερων και να τους παρέχει ευκαιρίες για να εξακολουθούν να εργάζονται και να μοιράζονται τις εμπειρίες και την πείρα τους με τους νεότερους, να εξακολουθούν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία ως ισότιμα μέλη της, και να ζουν όσο το δυνατόν πιο υγιείς και δραστήριοι, απολαμβάνοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής». Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ενεργός γήρανση επιτρέπει στους ανθρώπους μετά τη συνταξιοδότηση να αξιοποιούν τις δυνατότητές τους, προκειμένου να ζουν με ευημερία και να είναι ενεργοί στην κοινωνία και με τέτοιο τρόπο, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες και οι επιθυμίες τους. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονισθεί και η σημασία της διαγενεακής αλληλεγγύης, ειδικά στη σημερινή εποχή που τα κοινωνικο-οικονομικά συστήματα περνούν κρίση. Η ενεργός γήρανση αποτελεί τη βάση για την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών και το στόχο της ΕΕ που καθιερώνεται με το άρθρο 3 της Συνθήκης της Λισαβόνας, σύμφωνα με το οποίο «η Ευρωπαϊκή Ένωση βασίζεται στις αξίες του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της ελευθερίας, της δημοκρατίας, της ισότητας, του κράτους δικαίου και του σεβασμού των ανθρώπινων δικαιωμάτων... Στόχοι είναι η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και των διακρίσεων, η προώθηση της κοινωνικής δικαιοσύνης και κοινωνικής προστασίας, η ισότητα μεταξύ γυναικών και ανδρών και η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών». Η πιο ισχυρή και ρητή εκδήλωση των αξιών αυτών απαντάται στον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ που είναι νομικά δεσμευτικός για τις ενέργειες οποιουδήποτε φορέα της ΕΕ και ισχύει επίσης για τα κράτη μέλη όσον αφορά την εφαρμογή της νομοθεσίας της ΕΕ. Το κεφάλαιο για την ισότητα στον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ περιλαμβάνει τα άρθρα 21 και 25 που αφορούν στην απαγόρευση των διακρίσεων και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων αντίστοιχα, τα οποία δείχνουν με σαφήνεια τη σύνδεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης με την ατζέντα της ενεργού γήρανσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

1.3 Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι μια προοδευτική συστηματική σκελετική νόσος που χαρακτηρίζεται

από χαμηλή οστική μάζα και μικροαρχιτεκτονική επιδείνωση του οστίτη ιστού, με συνεπακόλουθη αύξηση στην ευθραυστότητα των οστών και επιδεκτικότητα σε κατάγματα. Μέσα στον γενικό όρο “οστεοπόρωση” περιλαμβάνονται πολλά νοσήματα-σύνδρομα-καταστάσεις που ως αποτέλεσμα έχουν το εύθραυστο οστό. Η κλινική εκτίμηση των ανθρώπων για οστεοπόρωση, ουσιαστικά επιβάλλει την υποβολή τους σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό διαφοροδιαγνωστικό έλεγχο, με σκοπό την ταυτοποίηση της νοσηρής τους κατάστασης, ώστε να είναι εφικτή η αιτιολογική της θεραπεία. Η οστεοπόρωση και τα οστεοπορωτικά κατάγματα αντιπροσωπεύουν ένα τεράστιο επιδημιολογικό πρόβλημα και για τα δύο φύλα, καθώς σχετίζονται με την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας. Οι γυναίκες της λευκής φυλής διατρέχουν αθροιστικό δια βίου κίνδυνο (cumulative life-time risk) 16% να υποστούν ένα τουλάχιστον επώδυνο σπονδυλικό κάταγμα, 15% κάταγμα του καρπού (Colles) και 16% κάταγμα του ισχίου. Στην Ευρώπη, η επίπτωση των μορφομετρικά διαγνωσσκομένων σπονδυλικών καταγμάτων είναι 10,7/1.000 άτομα ανά έτος στις γυναίκες και 5,7/1.000 άτομα ανά έτος στους άνδρες. Αντίστοιχα, η επίπτωση των μη σπονδυλικών καταγμάτων χαμηλής ενέργειας είναι 19/1.000 άτομα και 7,3/1.000 άτομα ανά έτος. Το άμεσο κόστος για την αντιμετώπιση των οστεοπορωτικών καταγμάτων σε 5 Ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία και Ισπανία) το έτος 2010 ήταν €29 δισεκατομμύρια, ενώ για το σύνολο των 27 κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν €38,7 δισεκατομμύρια (International Osteoporosis Foundation).

Η επίπτωση των οστεοπορωτικών καταγμάτων ποικίλλει μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Μεταβολισμού των Οστών, η επίπτωση των καταγμάτων του ισχίου αυξήθηκε περίπου κατά 100% από το έτος 1977 μέχρι το έτος 2007. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε αύξηση από το έτος 1977 μέχρι το έτος 2002, αλλά παρατηρήθηκε ήπια αλλά σημαντική μείωση της συχνότητας από το έτος 2002 μέχρι το έτος 2007. Ο σχετικός κίνδυνος για κάταγμα του ισχίου σε άτομα ηλικίας 60-69 ετών για το έτος 2007 ελαττώθηκε σε σχέση με το έτος 1977 από 0,92 σε 0,85, ενώ στα άτομα 70-79 ετών ο σχετικός κίνδυνος αυξήθηκε από 1,53 το 1977 σε 1,61. Σε άτομα μεγαλύτερα των 80 ετών ο σχετικός κίνδυνος αυξήθηκε 2,81 φορές σε σχέση με το έτος 1977 (International Osteoporosis Foundation). Σημειώνεται ότι το 50% των καταγμάτων ισχίου συνέβησαν σε άτομα μεγαλύτερα των 80 ετών. Τα κατάγματα του ισχίου αυξάνουν τη θνησιμότητα κατά 6-37%, ανάλογα με την προηγούμενη κατάσταση υγείας των ασθενών, ενώ το 20% των θανάτων συμβαίνουν τον 1ο μήνα μετά το κάταγμα. Τα σπονδυλικά κατάγματα συνοδεύονται από σημαντική αύξηση της θνησιμότητας, σύμφωνα με μεγάλες μελέτες, όπως η SOF (Study of Fractures) και η EPOS (European Prospective Osteoporosis Study). Παρότι δεν έχει

διευκρινιστεί πλήρως κατά πόσον συμβάλλει στην αύξηση της θνησιμότητας το ίδιο το κάταγμα και οι συνέπειες του τραύματος ή τα ανεξάρτητα συνοδά προβλήματα υγείας, ο σχετικός κίνδυνος θανάτου σε γυναίκες με ένα τουλάχιστον σπονδυλικό κάταγμα είναι κατά 23-60% μεγαλύτερος, σε σύγκριση με γυναίκες ίδιας ηλικίας χωρίς ιστορικό κατάγματος. Ο κίνδυνος αυτός σε γυναίκες με κλινικά κατάγματα αυξάνεται κατά 60% έως 86,4%. Κάθε οστεοπορωτικό κάταγμα αυξάνει την πιθανότητα για νέο κάταγμα κατά 86% (International Osteoporosis Foundation).

Ο πρωτεύων στόχος στα πλαίσια αντιμετώπισης της οστεοπόρωσης είναι η πρόληψη των οστεοπορωτικών καταγμάτων. Στη χώρα μας το 2010 συνέβησαν περίπου 86.000 οστεοπορωτικά κατάγματα (εκ των οποίων τα 15.000 ήταν του ισχίου) και τα οποία κόστισαν περίπου 680 εκατομμύρια ευρώ, ενώ αναμένεται σημαντική αύξηση στο εγγύς μέλλον, με ανάλογο κόστος, σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Μεταβολισμού των Οστών. Σήμερα, υπάρχει αποτελεσματικός διαγνωστικός έλεγχος για την οστεοπόρωση, αλλά και αποτελεσματικές θεραπείες. Ο διαγνωστικός έλεγχος και οι ενδεικνυόμενες θεραπείες παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά σύμφωνα με την Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης η πλειονότητα των ατόμων δεν γνωρίζουν ούτε ότι πάσχουν από οστεοπόρωση ούτε λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία. Η πρόληψη της οστεοπόρωσης περιλαμβάνει την υγιεινή διατροφή, τη σωματική άσκηση, τη διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους, την αποφυγή καπνίσματος και μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ. Η πρόληψη της οστεοπόρωσης είναι εφικτή και πρέπει να είναι ο πρωταρχικός στόχος κάθε συστήματος υγείας, που σε συνεργασία και με άλλους φορείς, όπως τοπικούς - κοινοτικούς, είναι δυνατόν να περιορίσουν σημαντικά τις επιπτώσεις που αυτή επιφέρει.

1.4 Πτώσεις και τρίτη ηλικία

Ως πτώση χαρακτηρίζεται η χωρίς πρόθεση επαφή με το έδαφος ή με ένα χαμηλότερο επίπεδο, που δεν είναι αποτέλεσμα βίαιου σπρωξίματος, απώλειας συνείδησης ή ξαφνικής παράλυσης που εμφανίζεται μετά από εγκεφαλικό ή επιληπτική κρίση (Buchner et al., 1993; Campbell et al, 1997). Στα άτομα τρίτης ηλικίας οι πτώσεις σχετίζονται με τις επιπτώσεις γήρανσης στον οργανισμό (Sherrington et al., 2011). Μεταξύ των υγειονομικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων, οι πτώσεις συνιστούν ίσως ένα από τα σοβαρότερα, εξαιτίας των σημαντικών επιπτώσεων που έχουν στο ίδιο το άτομο, στην οικογένεια, αλλά και στο σύστημα υγείας. Τέτοια ατυχήματα οφείλονται σ' ένα πλήθος διαφορετικών παραγόντων και η μείωση του κινδύνου επέλευσής τους θεωρείται καθοριστικής σημασίας για να φθάσει ο

άνθρωπος υγιής στην τρίτη φάση της ζωής του και να τη βιώσει με χαρά και ικανοποίηση (Πατιστέα & Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα, 2007). Η πιθανότητα των πτώσεων αυξάνεται με την ηλικία. Οι αιτίες των πτώσεων στα ηλικιωμένα άτομα, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε: α) Αδυναμία μυοσκελετικού συστήματος, β) Αδυναμία όρασης και ακοής, γ) Νευρολογικά προβλήματα, δ) Άνοια, παρενέργειες ψυχιατρικών φαρμάκων, ε) Καρδιαγγειακά προβλήματα, στ) Μη ασφαλής χώρος διαμονής (ελλιπής φωτισμός, χαλιά, σκαλοπάτια κ.ά), ζ) Άλλες αιτίες, όπως έλκος στην κάτω επιφάνεια του ποδιού, λάθος υποδήματα, ανορθόδοξη χρήση βοηθημάτων βάδισης, ιστορικό με ήδη μία τουλάχιστον πτώση (Lamb et al., 2011).

Σε άτομα άνω των 65 ετών που ζουν ανεξάρτητα, η πιθανότητα πτώσεων σε εσωτερικό - οικείο και σε εξωτερικό χώρο αγγίζει το 30%, ενώ η πιθανότητα πτώσεων για άτομα άνω των 80 ετών φθάνει το 50% (Delbaere et al, 2010; Marks, 2014). Περίπου το 25% με 35% του πληθυσμού άνω των 65 πέφτουν μια-δυο φορές κάθε χρόνο, ενώ οι ηλικιωμένοι που έχουν πέσει ήδη μία φορά, είναι δύο με τρεις φορές πιθανότερο να ξαναπέσουν τον ίδιο χρόνο, με σοβαρό κίνδυνο τραυματισμού (Shumway-Cook, 1997). Περίπου το 50% των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα πέφτουν το λιγότερο μία φορά το χρόνο, ενώ το 40% από αυτούς πάνω από μία φορά το χρόνο (Tinetti, 1994; Shumway-Cook et al., 1997).

Το 10% των πτώσεων στην τρίτη ηλικία έχει ως αποτέλεσμα σοβαρό τραυματισμό, από τους οποίους ο πιο συχνός και πολύ σοβαρός είναι τα κατάγματα (Nordell et al., 2000; Freeman et al., 2002). Η ανικανότητα των ηλικιωμένων με κάταγμα ισχίου να ξανασηκωθούν μετά από πτώσεις, ανέρχεται στο 30% μέσα στους τρεις πρώτους μήνες από την ημέρα πτώσης, ενώ το 50% των ηλικιωμένων με κάταγμα ισχίου δεν επιστρέφουν ποτέ στην κινητική κατάστασή τους πριν τον τραυματισμό (Freeman et al, 2002; WHO, 2002). Στην Ιρλανδία υπολογίζεται ότι για κάθε κάταγμα λεκάνης ηλικιωμένου μετά από πτώση, ο χρόνος νοσοκομειακής νοσηλείας είναι 18 ημέρες, ενώ το κόστος αποκατάστασης για κάθε κάταγμα υπολογίζεται στα 12.600 Ευρώ (Irish Centre of Social Gerontology, 2007). Στις ΗΠΑ ο Μέσος Όρος κόστους των τραυματισμών ηλικιωμένων από πτώσεις χωρίς εισαγωγή σε νοσοκομείο, κυμαίνεται από 3476\$ έως 10749\$ ανά πτώση και το κόστος αυξάνεται στα 26483\$ για όσους νοσηλεύονται (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2015). Το 2013 στις ΗΠΑ το συνολικό ποσό ιατρικών νοσοκομειακών δαπανών μετά από πτώσεις ηλικιωμένων, άγγιξε τα 34 δισεκατομμύρια δολάρια (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2015). Εκτός, βέβαια, από τους σωματικούς τραυματισμούς, οι πτώσεις στους ηλικιωμένους προκαλούν σοβαρές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στη ζωή τους. Αναπτύσσεται ένα είδος συνδρόμου μετά-πτώσης (post-fall syndrome), που χαρακτηρίζεται από φόβο και φοβία επανάληψης της πτώσης, ψυχολογική επιδείνωση,

κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση (Cryer et al. 2001, Stalenhoef et al. 2002).

Η πρόληψη, επομένως, των πτώσεων, θα συμβάλλει ακόμη περισσότερο στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, αλλά και στον περιορισμό του υγειονομικού κόστους που αυτές επιφέρουν. Η πρόληψη των πτώσεων είναι εφικτή μέσα από παρεμβάσεις που εστιάζουν τόσο στο άτομο, όσο και στο περιβάλλον. Οι παρεμβάσεις στο άτομο περιλαμβάνουν τη διόρθωση των ενδογενών παραγόντων, όπου αυτό είναι εφικτό. Οι παρεμβάσεις στο περιβάλλον περιλαμβάνουν την διόρθωση των επικίνδυνων σημείων ή στοιχείων για πρόκληση ατυχήματος στο σπίτι και τους χώρους που κινείται το ηλικιωμένο άτομο (Buxton, 2015). Αν και οι περισσότερες παρεμβάσεις αποτελούν ευθύνη του συστήματος υγείας, οι διορθωτικές παρεμβάσεις κυρίως στο εξωτερικό περιβάλλον απαιτούν τη συνεργασία πολλών φορέων. Η συνεργασία λοιπόν μεταξύ του συστήματος υγείας και των εμπλεκόμενων φορέων, όπως των ΟΤΑ και των δημόσιων υπηρεσιών για την πρόληψη των πτώσεων και των συνεπειών τους, κρίνεται απαραίτητη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΔΗΜΟΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΓΙΟΥΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ - ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΑΔΗΜΟΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΓΙΩΝ ΠΟΛΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Δήμοι και προγράμματα υγιούς γήρανσης σε επίπεδο πρόληψης

Η πρόληψη των ασθενειών και η διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας, κατείχαν ιδιαίτερη σημασία στην αρχαία Ελλάδα: ο Πλάτων, ο Αριστοτέλης και άλλοι σοφοί έδωσαν ιδιαίτερη σημασία στη διατήρηση της υγείας του σώματος και στη σωματική αγωγή, ο “Ορφικός Ύμνος της υγείας” δείχνει την σημασία που απέδιδαν οι αρχαίοι Έλληνες στην υγεία, ενώ σύμφωνα με τον Ιπποκράτη: “κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν”. Η προφύλαξη και η προάσπιση της σωματικής, της πνευματικής και της ψυχικής υγείας αποτελούν δράσεις που λαμβάνονται από τις πρώιμες ιστορικά κοινωνίες. Αν και η έννοια, το περιεχόμενο και ο σκοπός των δράσεων δεν μπορούν να προσδιορισθούν με ακρίβεια και δεν μπορούν να διαχωριστούν από τις γενικότερες προσπάθειες οργάνωσης των συστημάτων υγείας και οικοδόμησης της κοινωνικής ασφάλισης, ωστόσο, οι πρωτοβουλίες για τις δράσεις και τα προγράμματα φαίνεται να σχηματοποιούνται από τα τέλη του δέκατου όγδοου αιώνα, με την ανάδυση του κινήματος του Διαφωτισμού και της διαφορετικής προσέγγισης της θέσης του ανθρώπου μέσα στη φύση και την κοινωνία. Η σύγχρονη άποψη για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των ατόμων και των πληθυσμών, επιβάλλει τη διαμόρφωση ολοκληρωμένων πολιτικών υγείας σε κεντρικό επίπεδο, οι οποίες όμως για να καταστούν επιτυχείς απαιτούν την ενημερωμένη συμμετοχή και κινητοποίηση σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο κοινότητας (Ottawa Charter, 1986). Η πρόληψη, η προαγωγή και η αγωγή υγείας αποτελούν τομείς δραστηριοτήτων μέσω των οποίων μπορεί να επιτευχθεί η επιδιωκόμενη συμμετοχική δράση. Ειδικότερα:

α) πρόληψη: ο έλεγχος και η πρόληψη των νοσημάτων βασίζεται στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη διατήρηση της υγείας ή, στην περίπτωση εμφάνισης της νόσου, στη διασφάλιση της αναστολής ή επιβράδυνσης της κλινικής εξέλιξης (Κουρέα & Κρεμαστινού, 2007). Τα στάδια της φυσικής ιστορίας της νόσου καθορίζουν και τα τρία επίπεδα πρόληψης: την πρωτογενή, που αποσκοπεί στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του νοσήματος μέσω της αποφυγής της επαφής των ατόμων με νοσογόνους παράγοντες ή με την ενίσχυση της άμυνας του οργανισμού έναντι αυτών, τη δευτερογενή, που έχει ως σκοπό την αναστολή της εξέλιξης μιας νόσου η οποία έχει ήδη εμφανιστεί μέσω κυρίως της έγκαιρης διάγνωσης και, τέλος, την τριτογενή πρόληψη, που περιλαμβάνει δραστηριότητες για την αναστολή της

εξέλιξης ή των επιπλοκών μιας ήδη εγκατεστημένης νόσου.

β) προαγωγή υγείας: σύμφωνα με το Χάρτη της Ottawa (1986), η προαγωγή της υγείας είναι “μια διαδικασία που προσφέρει στους πληθυσμούς τα μέσα να εξασφαλίζουν έναν μεγαλύτερο και ποιοτικό έλεγχο στην προσωπική τους υγεία καθώς και τα απαραίτητα μέσα για τη βελτίωση αυτής”. Η Προαγωγή Υγείας αποτελεί προνομιακό πεδίο δράσης για την κοινότητα, δεδομένου ότι οι στρατηγικές θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις κατά τόπους ανάγκες των κοινοτήτων και στη δυνατότητα λήψης μέτρων σε τοπικό επίπεδο, τα οποία θα λαμβάνουν υπόψιν τις διαφορές σε κοινωνικό, πολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο (Ottawa Chart, 1986).

γ) αγωγή της υγείας: ως αγωγή υγείας ορίζεται η διαδικασία που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής τους ευεξίας. Η αγωγή υγείας έχει σαφή κοινωνική διάσταση, αφού οι αποφάσεις αυτές επηρεάζουν όχι μόνο την ατομική ευεξία, αλλά και αυτή του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Κουρέα & Κρεμαστινού, 2007).

Όσον αφορά ειδικότερα στην τρίτη ηλικία και την υγιή γήρανση, στον ορισμό του Προγράμματος Υγιείς Πόλεις (Healthy Cities, 2003-2007) του Π.Ο.Υ, αναγνωρίζεται το δικαίωμα των ανθρώπων στην ισότητα ευκαιριών και στην ίση μεταχείριση από όλες τις απόψεις, ιδιαίτερα καθώς γερνούν. Ο Π.Ο.Υ στο πρόγραμμα «Healthy Cities 2003-2007» ορίζει την προσέγγιση της υγιούς γήρανσης ως εκείνη που λαμβάνει υπόψη την ικανότητα των ανθρώπων όλων των ηλικιών να ζουν με υγεία ασφάλεια και με ένα τρόπο ζωής που δεν θα τους οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό. Μια από τις κύριες λοιπόν πολιτικές του Π.Ο.Υ που αφορά στην τρίτη ηλικία και την Υγιή Γήρανση, λαμβάνει υπ' όψιν όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν τους ηλικιωμένους και την ποιότητα ζωής τους σε μια πόλη, καθώς και τις δράσεις και τα προγράμματα που θα μπορούσαν να υιοθετήσουν οι πόλεις αυτές, προκειμένου να προάγουν την υγεία, την ισότητα στην υγεία αυτής της ηλικιακής ομάδας και, τελικά, να διαμορφωθούν σε πόλεις περισσότερο φιλικές προς την τρίτη ηλικία.

Η χώρα μας, μαζί με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη, έχει κληθεί από την παγκόσμια κοινότητα αλλά και την Ε.Ε. να αναπτύξει προγράμματα και πολιτικές για την υγιή γήρανση του πληθυσμού. Καθώς η Ελλάδα είναι από τις χώρες της Ε.Ε. που έχουν χαρακτηριστικά υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης οφείλει να αναπτύξει άμεσα πολιτικές που θα φροντίζουν ώστε αυτός ο γηράσκων πληθυσμός να ζει με υγεία για όσο το δυνατό περισσότερο χρόνο. Η μέριμνα για την φροντίδα των ηλικιωμένων αποτελεί αντικείμενο των Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής

Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α) και Εσωτερικών και Διοικητικής Μεταρρύθμισης. Το εν λόγω υπουργείο χρηματοδοτεί και εποπτεύει προγράμματα σε τοπικό κυρίως επίπεδο (ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, Βοήθεια στο Σπίτι), καθώς επίσης την παροχή προνοιακών επιδομάτων και τον έλεγχο των ανοικτών και κλειστών δομών που φιλοξενούν ηλικιωμένους. Το Υ.Υ.Κ.Α είναι υπεύθυνο και για την ορθολογική διάθεση των πόρων σε Μ.Κ.Ο., εθελοντικές οργανώσεις και ιδρύματα που στοχεύουν και σε ηλικιωμένους. Τα τελευταία χρόνια και άλλα υπουργεία απευθύνουν τις υπηρεσίες τους και εντάσσουν στα προγράμματά τους και τους ηλικιωμένους, στα πλαίσια της πολιτικής των ίσων ευκαιριών για όλους, όπως το Υπουργείο Εργασίας με τα προγράμματα κοινωνικού τουρισμού, την παροχή εκπτώσεων σε κοινωνικά θέαματα, στην αγορά βιβλίων μέσω του Οργανισμού Εργατικής Εστίας και την παροχή προγραμμάτων αναψυχής και θεραπείας (λουτροθεραπεία, προγράμματα κατασκηνώσεων).

Όλα τα παραπάνω ασκούνται από την κεντρική και περιφερειακή διοίκηση, με τη συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτου και δεύτερου βαθμού, δηλαδή δήμων και νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων αντίστοιχα. Παράλληλα, το έργο και οι δράσεις ολοκληρώνονται και με τη συμμετοχή και άλλων φορέων, όπως το ΚΕΕΛΠΙΝΟ, τον ΕΦΕΤ κ.ά. Καθώς τα ζητήματα είναι πολύπλοκα και αφορούν την κοινότητα σε συλλογικό επίπεδο, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη της συνεργασίας και της διασύνδεσης όλων αυτών των οργανισμών τόσο μεταξύ τους (οριζόντια διασύνδεση), όσο και με τα διάφορα επίπεδα (εθνικό, περιφερειακό, τοπικό) λήψης αποφάσεων (κάθετη διασύνδεση). Οι Δήμοι, όντας πιο κοντά στον πολίτη και γνωρίζοντας τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους, έχουν το πλεονέκτημα να αντιδρούν ταχύτερα, αποτελεσματικότερα και κυρίως στοχευμένα στα εκάστοτε προβλήματα, γεγονός που είναι ακόμα περισσότερο σημαντικό σε θέματα που αφορούν την υγεία. Σύμφωνα με τον νέο Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων, οι αρμοδιότητες των Δήμων περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων, την εφαρμογή πολιτικών και τη συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα που αποσκοπούν στην υποστήριξη, μέριμνα και φροντίδα και της τρίτης ηλικίας. Τα τελευταία χρόνια υπήρξε μια δραστηριοποίηση των Ο.Τ.Α. στον τομέα των υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους κυρίως μέσω των προγραμμάτων που συγχρηματοδοτήθηκαν από την Ε.Ε., τα οποία έφεραν μια νέα πνοή στην πρωτοβάθμια κυρίως φροντίδα. Τα κυριότερα προγράμματα και δομές των Δήμων που απευθύνονται κυρίως ή αποκλειστικά σε άτομα τρίτης ηλικίας είναι τα ΚΑΠΗ, τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, οι μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας, καθώς και δράσεις που υλοποιούνται στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων των τμημάτων Πρόληψης και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας των Δήμων.

Παρά τον αριθμό των υπηρεσιών και των προγραμμάτων που απευθύνονται στους

ηλικιωμένους, αυτό που θα μπορούσε εύκολα να δει κανείς είναι η ανεπάρκεια οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, η αποσπασματικότητα των μέτρων, καθώς και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των υπουργείων αλλά και των επιμέρους υπηρεσιών. Επιπλέον, στους Δήμους ενώ υπάρχουν επιμέρους προγράμματα και δράσεις που αφορούν κυρίως την υγεία και την κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους, δεν υπάρχει μια ενιαία πολιτική για την τρίτη ηλικία. Το Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που αυτή τη στιγμή απαριθμεί 192 Δήμους-μέλη σε όλη την ελληνική επικράτεια, μεταξύ άλλων έχει ως σκοπό την υιοθέτηση και εφαρμογή των πολιτικών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις Υγιείς Πόλεις.

2.2 Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων και Προαγωγής Υγείας

Το Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων και Προαγωγής Υγείας (ΕΔΔΥΠΠΥ) αποτελεί τη συνένωση τριών Δικτύων: του Διαδημοτικού Δικτύου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ο.Τ.Α. που ιδρύθηκε το 2005, του Εθνικού Δικτύου Δήμων Προαγωγής Υγείας που ιδρύθηκε το 2007 και του Εθνικού Δικτύου Υγιών Πόλεων που ιδρύθηκε το 1994. Το ΕΔΔΥΠΠΥ, σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα του, είναι το Δίκτυο των Δήμων της Ελλάδας στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αναπτύσσει την παρουσία του από το 2005 και έχει δεσμευθεί ότι θα προωθεί τη φιλοσοφία, τις αξίες και τις αρχές των Υγιών Πόλεων του Π.Ο.Υ. στους Δήμους- μέλη του. Από το 1988 που ο Π.Ο.Υ. ξεκίνησε την συνεργασία με τις τοπικές αρχές για την προαγωγή της υγείας και έως σήμερα, έχει αναπτυχθεί μια μεθοδολογία και μια εμπειρία την οποία αξιοποιούν περισσότερες από 100 πόλεις στην ευρωπαϊκή ήπειρο. Το ΕΔΔΥΠΠΥ μεταφέρει στις πόλεις- μέλη του την τεχνογνωσία που αναπτύσσεται σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

2.2.1 Σκοποί και στόχοι της πολιτικής των Δήμων – μελών του Δικτύου

Η πολυπλοκότητα της λειτουργίας των Δομών Υγείας (ιατρικές υπηρεσίες, κοινωνικές, ψυχολογικές) στα πλαίσια των ΟΤΑ, καθώς και η έλλειψη θεσμικού πλαισίου για την ανάπτυξη μηχανισμών πρόληψης της υγείας διαμέσου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ανέδειξαν την ανάγκη δημιουργίας ενός Διαδημοτικού Δικτύου με τη συμμετοχή των εκπροσώπων από όλους τους Δήμους οι οποίοι έχουν Δομές Υγείας. Η δραστηριότητα του Διαδημοτικού Δικτύου αναπτύχθηκε έχοντας, μεταξύ άλλων, ως σκοπούς τη συνένωση των δυνάμεων των Δήμων στον τομέα της πρόληψης της υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους, τη δημιουργία ενός ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των Δομών Υγείας στους ΟΤΑ όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον τομέα της πρόληψης και την ανάπτυξη

προγραμμάτων Πρόληψης της Υγείας στους Δήμους – μέλη. Οι στόχοι της πολιτικής του Διαδημοτικού Δικτύου, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνουν τα εξής:

- Ανάπτυξη συνεργασιών με δημόσιους οργανισμούς και ιδιωτικούς φορείς σε θέματα πρόληψης (πχ υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, ανάληψη σχετικών προγραμμάτων Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης κλπ) προς όφελος των Δήμων όπου έχουν έδρα οι οργανισμοί και οι φορείς αυτοί.
- Σχεδιασμός και εκτέλεση κοινών προγραμμάτων με ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.
- Συνεργασία με επιστημονικούς φορείς Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας του Δημόσιου και του Ιδιωτικού τομέα με στόχο την πραγματοποίηση κοινών, για όλους τους Δήμους, προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας.

Οι Δήμοι-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, εκτός από το ότι ακολουθούν μια ενιαία πολιτική υγείας σε θέματα πρόληψης, αναπτύσσουν μία κοινή κουλτούρα ως προς την υλοποίηση δράσεων και προγραμμάτων υγείας, εναρμονισμένη με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και, επιπλέον, έχουν υιοθετήσει ένα συντονιστικό μηχανισμό για την υλοποίηση των δράσεων, ο οποίος μηχανισμός μπορεί να βοηθήσει και στη συλλογή ερευνητικών δεδομένων. Από τους 325 Δήμους της ελληνικής επικράτειας, αυτή τη στιγμή το ΕΔΔΥΠΠΥ απαριθμεί 192 Δήμους-μέλη. Η εγγραφή ως μέλος στο ΕΔΔΥΠΠΥ είναι προαιρετική για κάθε Δήμο και πραγματοποιείται μετά από ψήφιση της εν λόγω απόφασης στο Δημοτικό Συμβούλιο του Δήμου που επιθυμεί να γίνει μέλος. Παρόλο που το ΕΔΔΥΠΠΥ ως οργανωμένη διαδημοτική δομή μπορεί να συνδράμει στην υλοποίηση προγραμμάτων και δράσεων που επιδιώκουν τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού των Δήμων – μελών του, δεν παύει να αποτελεί ένα σύνολο Δημοτικών αρχών, άρα από τη φύση του εμπεριέχει επιμέρους πολιτικές ιδεολογίες, οι οποίες βρίσκουν τη χρυσή τομή στον τομέα της υγείας, με κοινό άξονα την επίτευξη του καλού επιπέδου υγείας των πολιτών. Επειδή όμως από τη μία, σύμφωνα με τον νέο Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων οι αρμοδιότητες των Δήμων περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων, την εφαρμογή πολιτικών για προγράμματα υγείας στον γενικό πληθυσμό, γεγονός που δίνει το δικαίωμα σε κάθε Δήμο να ασκήσει τη δική του πολιτική στα προγράμματα υγείας που αφορούν στο γενικό πληθυσμό και, από την άλλη, οι ίδιες οι Δημοτικές αρχές που καλούνται να εγγραφούν προαιρετικά στο Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων και Προαγωγής της Υγείας πρεσβεύουν καθεμιά τους τις δικές τους πολιτικές πεποιθήσεις, κάποιοι Δήμοι επιλέγουν να μην γίνουν μέλη στο Δίκτυο και επιθυμούν να ασκούν μεμονωμένα τις δικές τους πολιτικές στα προγράμματα υγείας που εντάσσονται στις

αρμοδιότητές τους. Δεν παύει όμως το Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων και Προαγωγής της Υγείας να απαριθμεί έως σήμερα 192 Δήμους- μέλη εκ των 325 συνολικά Δήμων της ελληνικής επικράτειας, ποσοστό που προσδίδει στο Δίκτυο μια πλειοψηφική ισχύ, γεγονός που σε συνδυασμό τόσο με την πολυετή δραστηριότητα και εμπειρία του, όσο και με το ότι είναι το μοναδικό Δίκτυο στην Ελλάδα που είναι πιστοποιημένο στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, μπορεί να το καταστήσει από εμπλεκόμενο φορέα για τα προγράμματα και τις δράσεις του Υπουργείου Υγείας που στοχεύουν στην κοινότητα, έως και θεσμικό σύμβουλο του Υπουργείου Υγείας σε θέματα που αφορούν στην Υγεία του γενικού πληθυσμού.

2.2.2 Η πολιτική στους Δήμους-μέλη του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου για την τρίτη ηλικία

Οι Δήμοι - μέλη του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων και Προαγωγής Υγείας υιοθετούν και εφαρμόζουν από κοινού πολιτικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις Υγιής πόλεις που αφορούν στη διατροφή, στην ψυχική υγεία, τη φυσική άσκηση-ενεργό διαβίωση και την τρίτη ηλικία-Υγιή & Ενεργό Γήρανση. Ειδικότερα, η πολιτική του ΠΟΥ που αφορά στην τρίτη ηλικία και την υγιή και ενεργό γήρανση, λαμβάνει υπ' όψιν της όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν τους ηλικιωμένους και την ποιότητα ζωής τους σε μια πόλη, καθώς και τις δράσεις και τα προγράμματα που θα μπορούσαν να υιοθετήσουν οι πόλεις προκειμένου να προάγουν την υγεία, την ισότητα στην υγεία αυτής της ηλικιακής ομάδας και, τελικά, να διαμορφωθούν πόλεις περισσότερο φιλικές προς την τρίτη ηλικία. Η κοινή πολιτική λοιπόν για την τρίτη ηλικία που καλούνται οι Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν:

- έχει μια ολιστική προσέγγιση στην χάραξη της στρατηγικής που αφορά στην τρίτη ηλικία και στην πρακτική της χρησιμοποιεί την μεθοδολογία των Υγιών Πόλεων.
- καταγράφει και μελετά τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων στην περιοχή
- λαμβάνει υπ' όψιν της τις προτάσεις των ηλικιωμένων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους,
- λαμβάνει υπ' όψιν της τα δημογραφικά στοιχεία της περιοχής, ώστε να λαμβάνει μέτρα όσο μπορεί και να προετοιμάζεται για μια πλέον γηρασμένη κοινωνία στην περιοχή και την κάλυψη των αναγκών που θα προκύπτουν,
- εναρμονίζει την πολιτική της για το αστικό και φυσικό περιβάλλον με βάση και τις ανάγκες των ηλικιωμένων

Η εφαρμογή των κοινών αυτών ανωτέρω πολιτικών στους Δήμους – μέλη του Εθνικού

Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων και Προαγωγής της Υγείας, εκτός από την ύπαρξη του κατάλληλου μηχανισμού για τον συντονισμό και την υλοποίησή τους και την κοινή κουλτούρα σε θέματα υγείας των εμπλεκόμενων υπαλλήλων των Δήμων-μελών του ΕΔΔΔΥΠΥ, προαπαιτεί και την ύπαρξη ενός επιπλέον παράγοντα, του παράγοντα της ύπαρξης στους Δήμους των κατάλληλων πόρων: οικονομικών, υλικοτεχνικών και ανθρώπινου δυναμικού, παράγοντας που, στη χώρα μας λόγω κυρίως της οικονομικής κρίσης, καθιστά κάποιες φορές ελλιπή, επιφανειακή ή και αδύνατη την υλοποίηση προγραμμάτων και δράσεων, εγκαθιστώντας έτσι ισχυρό και κύριο έναν ακόμα παράγοντα εφαρμογής των προγραμμάτων και δράσεων, αυτόν της καλής θέλησης και πρωτοβουλίας των υπαλλήλων των Δήμων-μελών του ΕΔΔΔΥΠΥ.

3.1 Ιστορική αναδρομή προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ” για το έτος 2016

Το Υπουργείο Υγείας έχει διαμορφώσει το “Εθνικό Πιλοτικό Πρόγραμμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας των ηλικιωμένων ατόμων – Ηπιόνη”, το οποίο έχει εθνική εμβέλεια και πιλοτικό χαρακτήρα, προκειμένου να διαμορφωθούν τα δίκτυα των συνεργαζόμενων φορέων σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και να εδραιωθούν οι διαδικασίες εκείνες που θα θεμελιώσουν την καθιέρωση και συνέχισή του για τα επόμενα έτη, με διαφορετικό θέμα κάθε έτος. Το πρόγραμμα ξεκίνησε το έτος 2015 με θέμα «Σακχαρώδης Διαβήτης» με την υπ' αριθμ. Γ3δ/Δ.Φ.18Γ/Γ.Π.71484/30-09-2015 (ΑΔΑ: ΩΤΡ1465ΦΥΟ-6ΔΣ) εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας. Για το έτος 2016, η Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία, αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα συνέχισης των ενεργειών και των δράσεων που σχετίζονται με την ενεργό και υγιή γήρανση, κατέθεσε εισήγηση στο Υπουργείο Υγείας για τη συνέχιση του προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ”, με θέμα: “Πρόληψη της Οστεοπόρωσης και των Πτώσεων”. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, αρμόδια για θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Πρόληψης του Υπουργείου Υγείας, αρμόδια για τα θέματα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης, πρόληψης, αγωγής υγείας, προστασίας και προαγωγής της υγείας, έκδοσαν την υπ' αρ. Γ3δ/Δ.Φ.18Γ/Γ.Π.72241 (ΑΔΑ: ΩΖ57465ΦΥΟ-ΖΣΟ) εγκύκλιο στις 28 Σεπτεμβρίου 2016, με θέμα: «“Οργάνωση και Ανάπτυξη Εθνικού Πιλοτικού Προγράμματος Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας των Ηλικιωμένων Ατόμων - Ηπιόνη”, με παραλήπτες τους φορείς που αναγράφονται στον Πίνακα Αποδεκτών της εγκυκλίου και με θέμα για το 2016 “Πρόληψη της Οστεοπόρωσης και των Πτώσεων”», όπου μεταξύ άλλων, περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία υλοποίησης του προγράμματος.

3.2 Φιλοσοφία του προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ” και ειδικοί στόχοι για το 2016

Η φιλοσοφία του εν λόγω προγράμματος έγκειται στην ανάδειξη της σπουδαιότητας της ενεργού και υγιούς γήρανσης μέσω της προστασίας των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων ατόμων, της βελτίωσης της ποιότητας ζωής αυτών και των οικογενειών τους, της ενδυνάμωσης της αυτόνομης διαβίωσης της κοινωνικής συμμετοχής, της ένταξης και της ενίσχυσης του ρόλου τους σε κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο.

Το πρόγραμμα για το έτος 2016, ειδικότερα στοχεύει στην:

- Ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ηλικιωμένων ατόμων και των οικογενειών τους για

θέματα υγείας που σχετίζονται με την πρόληψη και διαχείριση της Οστεοπόρωσης, καθώς και των πτώσεων

- Επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και στελεχών υπηρεσιών και φορέων σε θέματα φροντίδας και εξυπηρέτησης των ηλικιωμένων
- Ανάπτυξη της πρωτογενούς πρόληψης για την αποφυγή των πτώσεων στην τρίτη ηλικία και ιδιαίτερα σε επίπεδο Αγωγής Υγείας (αλλαγή στάσεων και συνηθειών, υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής, τροποποίηση συμπεριφορών)
- Παρακολούθηση ατόμων που έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες για εμφάνιση Οστεοπόρωσης
- Οργάνωση παρεμβάσεων δευτερογενούς πρόληψης (έγκαιρη διάγνωση) και τριτογενούς πρόληψης (αποκατάσταση)
- Συστηματική παραπομπή και διαχείριση περιστατικών με Οστεοπόρωση σε εξειδικευμένα κέντρα και υπηρεσίες υγείας.

3.3 Διαδικασία Ανάπτυξης – Υλοποίησης

Η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας για το Πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ δεν έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα υλοποίησης και δεν περιέχει μηχανισμό υποχρεωτικής παραπομπής. Βασίζεται στη θέληση και την πρωτοβουλία των υπαλλήλων των εκάστοτε αποδεκτών της εγκυκλίου δομών και υπηρεσιών.

α) Πληθυσμός αναφοράς: Το Εθνικό Πιλοτικό Πρόγραμμα «ΗΠΙΟΝΗ» απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 55 ετών και άνω, προκειμένου να ενημερωθούν και να ευαισθητοποιηθούν πέραν των ηλικιωμένων ατόμων και άτομα μέσης ηλικίας, ώστε να επιτευχθεί η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση περιστατικών, η διαμόρφωση υγιών στάσεων, συνηθειών και συμπεριφορών καθώς και η ενίσχυση του ρόλου της διαχείρισης των μη μεταδοτικών νοσημάτων και της αυτοφροντίδας.

β) Εμπλεκόμενοι φορείς: Οι εμπλεκόμενοι φορείς του προγράμματος ήταν παρόντες στις συναντήσεις που έλαβαν χώρα υπό τον συντονισμό του Γραφείου του Αναπληρωτή Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, όπου και διαμόρφωσαν από κοινού τις οδηγίες ανάπτυξης και υλοποίησης του ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας που αφορά στο πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016, στις συναντήσεις συμμετείχαν και κατέθεσαν προβληματισμούς, απόψεις, προτάσεις, υλικό, μεθοδολογικά εργαλεία καθώς και εισηγήσεις με το συντονισμό της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας και της Διεύθυνσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας &

Πρόληψης, οι ακόλουθοι φορείς:

- ❖ Υπουργείο Εσωτερικών & Διοικητικής Ανασυγκρότησης
- ❖ Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)
- ❖ Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (Π.Ι.Σ.)
- ❖ Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (Ι.Ε.Α.)
- ❖ Γηριατρική και Γεροντολογική Εταιρεία Νοτιοδυτικής Ελλάδος,
- ❖ Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης
- ❖ Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Μεταβολισμού των Οστών
- ❖ Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών
- ❖ Σύλλογος Ελλήνων Εργοθεραπευτών
- ❖ Πανελλήνιος Σύλλογος Επισκεπτών Υγείας
- ❖ Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
- ❖ Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος
- ❖ Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία
- ❖ Σύλλογος Σκελετικής Υγείας «Πεταλούδα»

γ) Συμμετέχοντες φορείς: Οι δομές που μετέχουν στην υλοποίηση του εν λόγω προγράμματος, σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας είναι:

α. Δομές Υγείας και Υπηρεσίες του ΕΣΥ - ΠΕΔΥ όπως Κέντρα Υγείας, Μονάδες Υγείας, Εξωτερικά Ιατρεία και Εξειδικευμένα Κέντρα και υπηρεσίες Νοσοκομείων,

β. Οι Γενικές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας των Περιφερειών της χώρας με τις αρμόδιες υπηρεσίες των Περιφερειακών Ενοτήτων.

γ. Αναγνωρισμένες θεσμικά δομές και υπηρεσίες των ΟΤΑ όπως Δημοτικά Ιατρεία, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι κ.ά.

δ. Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, Σύλλογοι Συνταξιούχων, Ιερές Μητροπόλεις και άλλες υπηρεσίες της τοπικής κοινωνίας

δ) Διαδικασία υλοποίησης προγράμματος: σύμφωνα με την σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, οι Μονάδες Υγείας και οι δομές των ΟΤΑ που συμμετέχουν στο πρόγραμμα, καλούνται να διαμορφώσουν χρονοδιάγραμμα (ημέρες και ώρες), σύμφωνα με το οποίο οι επαγγελματίες υγείας θα υποδέχονται τους ενδιαφερόμενους που προσέρχονται και επιθυμούν να εξεταστούν στο πλαίσιο του προγράμματος. Με την προσέλευση του ενδιαφερομένου πολίτη συμπληρώνεται από τους επαγγελματίες υγείας το “Έντυπο Παρακολούθησης” που επισυνάπτεται στο τέλος της εγκυκλίου και περιλαμβάνει αρχικά βασικά δημογραφικά στοιχεία – ιστορικό του πολίτη, καθώς και οδηγίες για τη συμπλήρωση αυτού. Οι φορείς, αποκλειστικά και μόνο αυτοί, φυλάσσουν τα Έντυπα Παρακολούθησης σε

φακέλους σε ξεχωριστό αρχείο. Στο πλαίσιο των ενεργειών και δράσεων δύναται να αξιοποιηθεί υλικό αγωγής υγείας που επισυνάπτεται στο τέλος της εγκυκλίου. Προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να συμβάλλουν στο έργο της πρόληψης, πρόωξης ανίχνευσης και διαχείρισης της οστεοπόρωσης και της αξιολόγησης του κινδύνου κατάγματος αλλά και πρόληψης των πτώσεων, οι επιστημονικοί φορείς που συμμετέχουν στο πρόγραμμα, πρότειναν την αξιοποίηση εργαλείων – δοκιμασιών, που επισυνάπτονται στο τέλος της εγκυκλίου. Όλοι οι συμμετέχοντες φορείς φορείς, καλούνται να αποτυπώσουν τα ακόλουθα στοιχεία:

- αριθμός ενημερωτικών εκδηλώσεων (ημερίδες, ομιλίες, τηλεοπτικές εκπομπές, δράσεις σε ανοιχτούς χώρους, κ.α.)
- αριθμός δράσεων επιμόρφωσης
- αριθμός ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα (ανά Κέντρο/Μονάδα Υγείας, Δήμο, κ.ά.)
- αριθμός ατόμων που παραπέμφθηκαν από κάθε φορέα για περαιτέρω διερεύνηση
- αριθμός διενεργούμενων επισκέψεων στην κατοικία

και να τα αποστείλουν στους ανάλογους φορείς, όπως περιγράφεται στο αντίστοιχο πεδίο της εγκυκλίου, έως το τέλος Φεβρουαρίου 2017, προκειμένου να διαμορφωθεί η συνολική εικόνα των διενεργούμενων δράσεων και να αξιολογηθεί το πρόγραμμα.

ε) Περίοδος υλοποίησης: σύμφωνα με την εγκύκλιο, η περίοδος υλοποίησης του προγράμματος είναι από την 1η Οκτωβρίου 2016 έως την 31η Δεκεμβρίου 2016.

3.4 Παρεμβάσεις στην κοινότητα

Οι παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας βρίσκονται σε ξεχωριστή ενότητα στην εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, στην οποία αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες υγείας ανεξαρτήτως του φορέα που εργάζονται και σε συνεργασία μεταξύ τους, μπορούν να προωθήσουν παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας (σύμφωνα με τα επαγγελματικά τους δικαιώματα) και ειδικότερα στους ακόλουθους τομείς:

- Κατ' οίκον επίσκεψη για την αξιολόγηση και την εκτίμηση κινδύνων για την πρόληψη των πτώσεων
- Ενημέρωση σε θέματα αποκατάστασης
- Ανάπτυξη οργανωμένων παρεμβάσεων και δράσεων αυτοφροντίδας, συμβουλευτικής, κλπ των ασθενών
- Ενδυνάμωση της οικογένειας / φροντιστών
- Ενημέρωση σε θέματα ασφαλιστικών, υγειονομικών και προνοιακών παροχών

- Διασύνδεση με φορείς της τοπικής κοινωνίας για ανάπτυξη κοινών δράσεων σε διάφορα πεδία όπως άσκηση, διατροφή κ.α.
- Αξιοποίηση εθνικών και τοπικών ΜΜΕ για παρουσίαση και συζήτηση θεμάτων και προβολή υλικού
- Διαμόρφωση και ενημέρωση ιστοτόπων με σχετικό υλικό
- Παρεμβάσεις σε ευπαθείς κατηγορίες πληθυσμού

Σε αυτό το σημείο υπενθυμίζεται ότι η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας για το Πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ βασίζεται στη θέληση και την πρωτοβουλία των υπαλλήλων των εκάστοτε αποδεκτών της εγκυκλίου δομών και υπηρεσιών, καθώς δεν έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα υλοποίησης και δεν περιέχει μηχανισμό υποχρεωτικής παραπομπής, γεγονός που κάνει ενδιαφέρουσα τη διερεύνηση για τη δημιουργία της εικόνας ως προς την απήχηση του προγράμματος στους εμπλεκόμενους και συμμετέχοντες φορείς. Από το γεγονός και μόνο ότι οι παρεμβάσεις στην κοινότητα αποτελούν ξεχωριστή ενότητα στην εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, προσδίδεται ιδιαίτερα σημασία στην υλοποίηση του προγράμματος στο κοινοτικό επίπεδο. Το επόμενο κεφάλαιο αφορά στη μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία, με σκοπό τη διερεύνηση της απήχησης του προγράμματος ΗΠΙΟΝΗ για το έτος 2016 στην κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προκειμένου να διερευνηθεί η απήχηση του προγράμματος του Υπουργείου Υγείας ΗΠΙΟΝΗ 2016 στους Δήμους της ελληνικής επικράτειας, στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο, μιας και κρίνεται κατάλληλο λόγω των χιλιομετρικών αποστάσεων των Δήμων και της πολλαπλότητας των προς διερεύνηση στοιχείων. Στην παρούσα εργασία ακολουθήθηκαν τα στάδια της έρευνας με ερωτηματολόγιο κατά τον Claude Javeau (1996), τα οποία είναι:

α) Προσδιορισμός του σκοπού και της σπουδαιότητας της έρευνας: σκοπό στη συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί η διερεύνηση της απήχησης στους Δήμους της ελληνικής επικράτειας του προγράμματος του Υπουργείου Υγείας “ΗΠΙΟΝΗ” για το έτος 2016, σύμφωνα με την υπ' Αρ.: Γ3δ/Δ.Φ.18Γ/Γ.Π.72241/28-09-2016 (ΑΔΑ: ΩΖ57465ΦΥΟ-ΖΣΟ) εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, στην οποία υφίσταται ξεχωριστή ενότητα για την παρέμβαση στην κοινότητα. Έως τώρα δεν υφίστανται καταγεγραμμένα επίσημα στοιχεία για την υλοποίηση του προγράμματος στην κοινότητα. Οι παρεμβάσεις στην κοινότητα αποτελούν ξεχωριστή ενότητα στην εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, γεγονός που προσδίδει εκ προοιμίου ιδιαίτερη σημασία στην υλοποίηση του προγράμματος στο κοινοτικό επίπεδο και, σε συνδυασμό με το ότι δεν υφίστανται έως τώρα καταγεγραμμένα επίσημα στοιχεία που να αφορούν στην υλοποίηση του προγράμματος στην κοινότητα, δίδεται ιδιαίτερο ενδιαφέρον στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Από τα δεδομένα που θα διεξαχθούν μέσω των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, οι Δήμοι μπορούν να κάνουν την αυτοαξιολόγησή τους αναδεικνύοντας τις αδυναμίες αλλά και τα δυνατά τους σημεία ως προς την υλοποίηση του συγκεκριμένου προγράμματος και, γενικότερα, των προγραμμάτων υγείας, μία αυτοαξιολόγηση που θα μπορεί να τους βοηθήσει στη διερεύνηση προτάσεων και πιθανών λύσεων ως προς τις αδυναμίες και στην ενίσχυση των ήδη δυνατών σημείων τους. Επειδή στην εγκύκλιο αναφέρεται ότι οι παρεμβάσεις στο επίπεδο της κοινότητας προωθούνται από επαγγελματίες υγείας ανεξαρτήτως του φορέα που εργάζονται και σε συνεργασία μεταξύ τους, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δύνανται να παρουσιάσουν επιστημονικό ενδιαφέρον και να αξιοποιηθούν από την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, που είναι και ο εισηγητής του θέματος του προγράμματος ΗΠΙΟΝΗ, αλλά και από τους λοιπούς επιστημονικούς φορείς -συλλόγους και εταιρείες- που εμπλέκονται στο πρόγραμμα, όπως περιγράφηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο. Το Υπουργείο Υγείας, μέσω της ανατροφοδότησης που θα λάβει από αυτή την έρευνα, θα έχει για πρώτη φορά επίσημα καταγεγραμμένα στοιχεία για την απήχηση του προγράμματος στην κοινότητα, στοιχεία που

μπορεί να λάβει υπ' όψιν κατά τον σχεδιασμό του προγράμματος σε ενδεχόμενη μελλοντική συνέχισή του, προκειμένου να καλυφθούν οι υπάρχουσες αδυναμίες και προβλήματα στην κοινότητα και να επιτευχθούν οι επιδιωκόμενοι στόχοι.

β) Επιλογή των μέσων που διατέθηκαν: Για την απήχηση του προγράμματος στους δήμους της ελληνικής επικράτειας, έλαβε χώρα έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους συντονιστές των 192 Δήμων-μελών του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων και Προαγωγής της Υγείας, προκειμένου να υπάρχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερο ποσοστό απαντημένων ερωτηματολογίων, με δεδομένο ότι υφίσταται ήδη ένας συντονιστικός μηχανισμός στους Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, ο οποίος μηχανισμός μπορεί να βοηθήσει στη συλλογή ερευνητικών δεδομένων. Επειδή είναι απαραίτητο να υπάρχει εξ αρχής μια εικόνα της τοπογραφικής αποστολής του ερωτηματολογίου στους Δήμους – μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, ώστε να επιβεβαιωθεί η αποστολή του ερωτηματολογίου σε όσο το δυνατόν περισσότερες περιφέρειες της ελληνικής επικράτειας, κρίθηκε σκόπιμο να καταγραφούν οι Δήμοι – μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ ανά περιφέρεια. Για τον σκοπό αυτό και αντλώντας πληροφορίες από τις επίσημες ιστοσελίδες της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας και του ΕΔΔΥΠΠΥ, καταγράφηκαν όλοι οι Δήμοι της ελληνικής επικράτειας ανά περιφέρεια και απαριθμήθηκαν οι 192 Δήμοι – μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ σε κάθε περιφέρεια (Παράρτημα 1), οι οποίοι και έλαβαν το ερωτηματολόγιο. Από αυτή την καταγραφή, προκύπτει ότι το ερωτηματολόγιο εστάλη σε Δήμους όλων των Περιφερειών και συγκεκριμένα: στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης απεστάλησε το ερωτηματολόγιο της παρούσης έρευνας σε 15 Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, στην Περιφέρεια Αττικής σε 58 Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου σε 4, στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας σε 8 Δήμους-μέλη, στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας σε 7, στην Περιφέρεια Ηπείρου σε 5 Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, στην Περιφέρεια Θεσσαλίας σε 13, στην Περιφέρεια Ιονίων νήσων σε 6, στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας σε 21 Δήμους – μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, στην Περιφέρεια Κρήτης σε 7, στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου σε 19, στην Περιφέρεια Πελοποννήσου σε 16 Δήμους – μέλη και, τέλος, το ερωτηματολόγιο της παρούσης έρευνας εστάλη στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας σε 13 Δήμους – μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ. Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη μέσω ηλεκτρονικής επικοινωνίας (ηλεκτρονικό ταχυδρομείο) και με τη συγκατάθεση του ΕΔΔΥΠΠΥ.

γ) Προηγούμενες έρευνες: το πρόγραμμα “ΗΠΙΟΝΗ” για το έτος 2016 με θέμα: «Πρόληψη της Οστεοπόρωσης και των Πτώσεων», σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας είχε περίοδο υλοποίησης από 1η Οκτωβρίου 2016 έως 31 Δεκεμβρίου 2016 και έως τώρα δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία έρευνα που να αφορά στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, ούτε

υφίστανται καταγεγραμμένα επίσημα στοιχεία για την υλοποίηση του προγράμματος στην κοινότητα.

δ) Καθορισμός των στόχων: στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διαμόρφωση της εικόνας της απήχησης του προγράμματος ΗΠΙΟΝΗ για το έτος 2016 στην κοινότητα, για το κατά πόσο υλοποιήθηκε το πρόγραμμα στην κοινότητα, εάν μέσω του συγκεκριμένου προγράμματος δημιουργήθηκαν τα δίκτυα των συνεργαζόμενων φορέων σε τοπικό-κοινοτικό επίπεδο και κατά πόσο εδραιώθηκαν οι διαδικασίες εκείνες που θα θεμελιώσουν την ενδεχόμενη καθιέρωση και συνέχισή του για τα επόμενα έτη. Πιο συγκεκριμένα, στόχους της παρούσας έρευνας αποτελούν τα εξής:

i) η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης και εφαρμογής του συγκεκριμένου προγράμματος στους Δήμους της ελληνικής επικράτειας,

ii) η εκτίμηση της συνεργασίας των Δήμων με τους εμπλεκόμενους φορείς όσον αφορά στην ενεργή συμμετοχή τους για την υλοποίηση Δράσεων για το πρόγραμμα “ΗΠΙΟΝΗ” του έτους 2016,

iii) ο βαθμός επιτυχίας ως προς την επίτευξη των επιμέρους στόχων του προγράμματος, οι οποίοι, σύμφωνα με την αντίστοιχη εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας είναι:

- ✓ ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ηλικιωμένων ατόμων και των οικογενειών τους για θέματα υγείας που σχετίζονται με την πρόληψη και διαχείριση της οστεοπόρωσης και των πτώσεων
- ✓ επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και στελεχών υπηρεσιών και φορέων σε θέματα φροντίδας και εξυπηρέτησης των ηλικιωμένων
- ✓ ανάπτυξη της πρωτογενούς πρόληψης για την αποφυγή των πτώσεων στην τρίτη ηλικία και ιδιαίτερα σε επίπεδο Αγωγής Υγείας (αλλαγή στάσεων και συνηθειών, υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής, τροποποίηση συμπεριφορών)
- ✓ παρακολούθηση ατόμων που έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες για εμφάνιση οστεοπόρωσης
- ✓ οργάνωση παρεμβάσεων δευτερογενούς πρόληψης (έγκαιρη διάγνωση) και τριτογενούς πρόληψης (αποκατάσταση)
- ✓ συστηματική παραπομπή και διαχείριση περιστατικών με Οστεοπόρωση σε εξειδικευμένα κέντρα και υπηρεσίες υγείας

iv) η καταγραφή των προβλημάτων που καλέστηκαν οι Δήμοι να αντιμετωπίσουν κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος και,

v) η ανάδειξη της πιθανής επιθυμίας για συνέχιση του προγράμματος.

ε) Επιλογή ατόμων στα οποία απευθύνεται το ερωτηματολόγιο: η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου στην παρούσα έρευνα απευθύνεται στους αρμόδιους υπεύθυνους για την υλοποίηση του προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ” για το 2016, των 192 Δήμων-μελών του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων.

στ) Σύνταξη και διαμόρφωση του ερωτηματολογίου: το σύνολο των ερωτήσεων είναι κλειστού τύπου, εκτός από την τελευταία ερώτηση, στην οποία προαιρετικά μπορούν οι ερωτηθέντες να καταγράψουν τα δικά τους σχόλια ή παρατηρήσεις που αφορούν στο πρόγραμμα. Η γλώσσα που χρησιμοποιήθηκε είναι η ελληνική και η συμπλήρωση και αποστολή τους έγινε ηλεκτρονικά. Όλες οι ερωτήσεις είναι σαφείς και σύντομες και το περιεχόμενό τους βασίστηκε στο περιεχόμενο της υπ' αρ. Γ3δ/Δ.Φ.18Γ/Γ.Π.72241/28-09-2016 (ΑΔΑ: ΩΖ57465ΦΥΟ-ΖΣΟ) εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από εικοσιοχτώ σε σύνολο ερωτήσεις και βασίστηκε σε οχτώ άξονες, βάσει των καθοριζόμενων στόχων:

❖ Πρώτος άξονας: *Τοπογραφική ταξινόμηση Δήμου-μέλους ΕΔΔΥΠΠΥ: τρεις ερωτήσεις.*

Όσον αφορά στην ελληνική επικράτεια και σύμφωνα με τους πίνακες των Δήμων και Κοινοτήτων της Ελλάδας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, όπως αυτοί διατίθενται για χρήση των Δημοσίων Υπηρεσιών και ΝΠΔΔ, με βάση την απόφαση 82029/2230/16.7.1984 των Υπουργών Οικονομικών, Γεωργίας και Δημοσίων Έργων, καθώς και τους νέους δήμους που έχουν προκύψει, στην ελληνική επικράτεια οι Δήμοι διακρίνονται σε πεδινοί, ημιορεινοί ή ορεινοί. Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο ότι οι ορεινές περιοχές της Ελλάδας παρουσιάζουν, στο σύνολό τους, σημαντικό δημογραφικό πρόβλημα με έντονα τα χαρακτηριστικά γήρανσης (Κακλαμάνη Τ. & Μαρί-Νοέλ Ντυκέν, 2005). Προκειμένου να υπάρξει μια περισσότερο σαφής εικόνα των χαρακτηριστικών των Δήμων στους οποίους απεστάλη στην παρούσα έρευνα το ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση, κρίθηκε αναγκαίο να λάβουν χώρα: i) μια τοπογραφική ταξινόμηση των Δήμων-μελών και ii) μια απεικόνιση των δημογραφικών στοιχείων τους ως προς το ποσοστό των ηλικιακών τους ομάδων σε σχέση με τον μόνιμο πληθυσμό, και συγκεκριμένα των ηλικιακών ομάδων που έχει ως πληθυσμό αναφοράς το πρόγραμμα “ΗΠΙΟΝΗ” για το 2016, δηλαδή ηλικιακές ομάδες των πενήνταπέντε και άνω ετών.

Ύστερα από την τοπογραφική ταξινόμηση που έλαβε χώρα για την παρούσα έρευνα, από τους 192 Δήμους – μέλη που απαριθμεί αυτή τη στιγμή το ΕΔΔΥΠΠΥ και σύμφωνα με τους πίνακες της απόφασης 82029/2230/16.7.1984 των Υπουργών Οικονομικών, Γεωργίας και Δημοσίων Έργων, καθώς και τους νέους δήμους που έχουν προκύψει για τη διάκριση των Δήμων σε πεδινούς, ημιορεινούς και ορεινούς, οι 108 Δήμοι-μέλη του Δικτύου είναι Πεδινοί,

οι 59 Δήμοι-μέλη είναι Ημιορεινοί και οι 25 Δήμοι-μέλη του Δικτύου είναι Ορεινοί.

Επειδή οι νησιωτικές και οι παραμεθόριες περιοχές καλούνται να αντιμετωπίσουν μόνιμα φυσικά μειονεκτήματα και δυσκολίες, κρίθηκε σκόπιμο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας να γίνει απεικόνιση των Δήμων-μελών και με κριτήριο το εάν ανήκουν σε νησιωτική ή/και παραμεθόρια περιοχή. Τα προβλήματα των περιοχών αυτών γίνονται εντονότερα όταν, παράλληλα με τις δυσκολίες στην φυσική πρόσβαση υπάρχουν και δυσκολίες στην πρόσβαση των κατοίκων σε μία σειρά από υπηρεσίες, όπως σε υγειονομικές υπηρεσίες. Στα ανωτέρω μπορεί να προστεθεί και η μη επαρκής διασύνδεση των νησιωτικών και παραμεθόριων περιοχών στην κοινωνία της πληροφορίας, με όρους και συνθήκες ισοδύναμους με τους αντίστοιχους για τους κατοίκους των ηπειρωτικών περιοχών. Ως νησί θεωρείται κάθε τμήμα που περιβάλλεται από θάλασσα και ως παραμεθόριες περιοχές θεωρούνται εκείνες όπως ορίζονται με το άρθρο 114 § 1 του Ν. 3978/11, που τέθηκε σε ισχύ από την 16η Ιουνίου 2011 και ισχύει έως σήμερα. Από την ανωτέρω απεικόνιση των Δήμων- μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ, καταμετρήθηκαν 29 Δήμοι-μέλη που ανήκουν σε νησιωτικές περιοχές και 12 Δήμοι-μέλη σε παραμεθόριες περιοχές, ενώ από αυτούς τους 41 Δήμους, οι 14 Δήμοι -μέλη ανήκουν σε νησιωτικές περιοχές οι οποίες είναι ταυτοχρόνως και παραμεθόριες.

Επιπλέον, επειδή σύμφωνα με την αντίστοιχη εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας ο πληθυσμός αναφοράς του προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ” για το 2016 είναι οι ηλικιακές ομάδες των πενήνταπέντε και άνω ετών, κρίθηκε σκόπιμο να γίνει απεικόνιση και των δημογραφικών ηλικιακών στοιχείων κάθε Δήμου-μέλους, ώστε να υφίσταται μια εικόνα για τον πληθυσμό-στόχο του προγράμματος σε κάθε Δήμο-μέλος. Τα δημογραφικά αυτά στοιχεία απεικονίστηκαν σύμφωνα με τα δεδομένα του 2011 της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, όπου και προκύπτει ότι από τους 192 Δήμους – μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, το ποσοστό % των μόνιμων κατοίκων, σε σχέση με τον μόνιμο πληθυσμό, ηλικίας 50 ετών και άνω, αγγίζει σε 88 Δήμους τουλάχιστον το 40%, ενώ από αυτούς τους 88 Δήμους, το ποσοστό % των μόνιμων κατοίκων, σε σχέση με τον μόνιμο πληθυσμό, ηλικίας 60 ετών και άνω, αγγίζει σε 57 Δήμους τουλάχιστον το 30%, εύρημα που, σε συνδυασμό με το ότι από τα ίδια δημογραφικά στοιχεία φαίνεται ότι οι Δήμοι-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ που ανήκουν στις ορεινές και ημιορεινές περιοχές εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιακών ομάδων 50+ ετών και 60+ ετών, σε σχέση με τον μόνιμο πληθυσμό τους, δημιουργεί την προσδοκία υλοποίησης του προγράμματος προγράμματος κυρίως σε αυτές τις περιοχές.

Όλα τα ανωτέρω παρουσιάζονται στα Παραρτήματα 2 και 3.

❖ **Δεύτερος Άξονας:** *Ενημέρωση και ανταπόκριση Δήμου για το πρόγραμμα: τέσσερις ερωτήσεις.*

Είναι σημαντικό να διερευνηθεί καταρχάς το κατά πόσο οι Δήμοι όντως ενημερώθηκαν μέσω της αντίστοιχης εγκυκλίου για το πρόγραμμα, πώς ενημερώθηκαν και εάν χρησιμοποίησαν την εγκύκλιο για την υλοποίηση δράσεων.

❖ **Τρίτος Άξονας:** *Επίπεδο συνεργασίας με Φορείς: τρεις ερωτήσεις.*

Στόχος των ερωτήσεων του τρίτου άξονα αποτελεί η διερεύνηση του κατά πόσο μέσω του συγκεκριμένου προγράμματος δημιουργήθηκαν τελικά τα δίκτυα των συνεργαζόμενων φορέων.

❖ **Τέταρτος Άξονας:** *Σχεδιασμός, οργάνωση και υλοποίηση Δράσεων: επτά ερωτήσεις.*

Οι ερωτήσεις βασίστηκαν στην περιγραφή υλοποίησης του προγράμματος της εγκυκλίου υπ' αρ. Γ3δ/Δ.Φ.18Γ/Γ.Π.72241/28-09-2016 (ΑΔΑ: ΩΖ57465ΦΥΟ-ΖΣΟ) του Υπουργείου Υγείας.

❖ **Πέμπτος Άξονας:** *Προβλήματα που καλέστηκαν να αντιμετωπισθούν κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος: μία ερώτηση.*

Είναι σημαντική η καταγραφή των προβλημάτων που παρουσιάστηκαν κατά την υλοποίηση κάθε προγράμματος, έτσι ώστε να μπορέσουν να γίνουν μελλοντικά προτάσεις αντιμετώπισής τους.

❖ **Έκτος Άξονας:** *Βαθμός επιτυχίας ως προς την επίτευξη των επιμέρους στόχων του προγράμματος: έξι ερωτήσεις.*

Αυτός ο άξονας του ερωτηματολογίου στοχεύει στην καταγραφή της γνώμης των Υπευθύνων του προγράμματος των Δήμων ως προς την επίτευξη των επιμέρους στόχων του προγράμματος όπως αυτοί είναι αποτυπωμένοι στην υπ' αρ. Γ3δ/Δ.Φ.18Γ/Γ.Π.72241/28-09-2016 (ΑΔΑ: ΩΖ57465ΦΥΟ-ΖΣΟ) εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας.

❖ **Έβδομος άξονας:** *Βαθμός ανταπόκρισης ενδιαφερομένων στο πρόγραμμα και ανάδειξη της πιθανής επιθυμίας για συνέχιση του προγράμματος: τρεις ερωτήσεις.*

Οι ερωτήσεις του έβδομου άξονα του ερωτηματολογίου στοχεύουν τόσο στην καταγραφή της ανταπόκρισης ή μη των ενδιαφερομένων στο πρόγραμμα σύμφωνα με τη γνώμη των Υπευθύνων του προγράμματος των Δήμων, όσο και στην καταγραφή της εκτίμησής τους ως προς την επιθυμία και αναγκαιότητα συνέχισης του εν λόγω προγράμματος.

❖ **Όγδοος άξονας:** *Προαιρετική καταγραφή σχολίων και παρατηρήσεων, που αφορούν στο πρόγραμμα “ΗΠΙΟΝΗ” για το έτος 2016, προκειμένου να ληφθούν υπόψιν σε πιθανή συνέχισή του.*

Μετά τη σύνταξη του ερωτηματολογίου και πριν την τελική διαμόρφωσή του, έλαβαν χώρα εικοσιπέντε δοκιμαστικά τεστ σε διοικητικούς δημοτικούς υπαλλήλους, τα οποία αποτέλεσαν μια διαδικασία τελικού ελέγχου και ανακάλυψης αδυναμιών του ερωτηματολογίου, που

σύμφωνα με αυτά διαμορφώθηκε το τελικό περιεχόμενο του ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τα τελικά δοκιμαστικά τεστ, ο μέσος όρος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου άγγιξε τα οκτώ λεπτά. Το ερωτηματολόγιο με την τελική μορφή του απεικονίζεται στο Παράρτημα 4.

ζ) Ενημέρωση των ατόμων που θα συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο: απεστάλησαν στους συντονιστές των Δήμων – μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ emails, όπου υπήρχε ένα μικρό σε έκταση μήνυμα-επιστολή (Παράρτημα 5), στο οποίο αναφερόταν ο σκοπός συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, η ονομασία του φορέα για τον οποίο γίνεται η έρευνα, καθώς και το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία επικοινωνίας της ερευνήτριας που εκπονεί την έρευνα. Το ερωτηματολόγιο καλούταν να το συμπληρώσει ο αρμόδιος Υπεύθυνος που είχε οριστεί σε κάθε Δήμο για την υλοποίηση του προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ” για το έτος 2016. Στο ίδιο email υπήρχε επισυναπτόμενη η εγκύκλιος στην οποία αναφέρεται το ερωτηματολόγιο.

η) Πραγματοποίηση της έρευνας: το ερωτηματολόγιο εστάλη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στους συντονιστές των 192 Δήμων-μελών του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων, από τις 15 Ιουνίου 2017 και παραλήφθηκαν μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2017. Προκειμένου να υπάρχει αξιόπιστο ποσοστό των απαντημένων ερωτηματολογίων, τα ερωτηματολόγια απεστάλησαν στους συντονιστές των Δήμων-μελών του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων και ύστερα από την συγκατάθεσή του, με δεδομένο ότι υφίσταται ήδη ένας συντονιστικός μηχανισμός στους Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, ο οποίοςς μηχανισμός μπορεί να βοηθήσει στη συλλογή ερευνητικών δεδομένων. Σε κάθε email έγινε μια σύντομη περιγραφή για το σκοπό της έρευνας, μια αναφορά στην εγκύκλιο η οποία ήταν επισυναπτόμενη στο email και εδόθησαν στοιχεία επικοινωνίας σε περίπτωση που υπήρχαν απορίες.

θ) Ανίχνευση των ερωτηματολογίων: έλαβαν χώρα: καταμέτρηση των επιλογών, υπολογισμοί και συσχετίσεις των απαντήσεων. Συλλέχθηκαν συνολικά 56 απαντημένα ερωτηματολόγια, από τα 192 απεσταλμένα. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

ι) Εγκυρότητα δείγματος και αξιοπιστία: Για την αξιοπιστία των απαντημένων-ληφθέντων ερωτηματολογίων, αφού συλλέχθηκαν από τον διαδικτυακό τόπο του Υπουργείου Εσωτερικών οι επίσημες ιστοσελίδες όλων των 325 Δήμων της Ελλάδας, ελέγχθηκαν καθεμία ηλεκτρονικώς, προκειμένου να εξεταστεί η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ του έτους 2016 μέχρι την ημερομηνία συλλογής των ερωτηματολογίων, δηλαδή μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2017. Από τον ηλεκτρονικό έλεγχο, βρέθηκαν τα εξής: α) σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις στις επίσημες ιστοσελίδες όλων των Δήμων της Ελλάδας, συνολικά 19 Δήμοι υλοποίησαν δράσεις για το πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ 2016 του Υπουργείου Υγείας μέχρι τις 31

Οκτωβρίου 2017, β) από αυτούς τους 19 Δήμους που υλοποίησαν δράσεις για το πρόγραμμα και σύμφωνα με τα στοιχεία των μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ, οι 17 Δήμοι είναι μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, εύρημα που έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τον αριθμό των Δήμων-μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ που απάντησαν στα ληφθέντα ερωτηματολόγια ότι χρησιμοποίησαν την εγκύκλιο για το ΗΠΙΟΝΗ 2016 του Υπουργείου Υγείας και υλοποίησαν δράσεις στο Δήμο τους, γ) από τους 17 Δήμους- μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ που, σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις στις επίσημες ιστοσελίδες τους, υλοποίησαν δράσεις για το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016 μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2017, οι 10 ανήκουν στην Περιφέρεια Αττικής, 1 Δήμος στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2 στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2 Δήμοι στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, 1 στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας και 1 Δήμος στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου. Επίσης, από αυτούς τους Δήμους οι 14 είναι πεδινοί, οι 2 ορεινοί και 1 ημι-ορεινός Δήμος, στοιχεία που έρχονται σε απόλυτη συμφωνία με τις απαντήσεις στα αντίστοιχα ερωτήματα του ερωτηματολογίου από τους Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ που απάντησαν ότι χρησιμοποίησαν την εγκύκλιο για το ΗΠΙΟΝΗ 2016 του Υπουργείου Υγείας και υλοποίησαν δράσεις και, δ) από τους 17 Δήμους- μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ που, σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις στις επίσημες ιστοσελίδες τους, υλοποίησαν δράσεις για το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016 μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2017, ο 1 Δήμος ανήκει σε νησιωτική περιοχή και κανένας Δήμος δεν ανήκει σε παραμεθόρια περιοχή, επιπλέον τοπογραφικά ευρήματα που έρχονται σε απόλυτη συμφωνία με τις απαντήσεις στα αντίστοιχα ερωτήματα του ερωτηματολογίου που δόθηκαν από τους Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ που απάντησαν ότι χρησιμοποίησαν την εγκύκλιο για το ΗΠΙΟΝΗ 2016 του Υπουργείου Υγείας και υλοποίησαν δράσεις.

Ακολουθεί το πέμπτο κεφάλαιο, στο οποίο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της παρούσης ερευνητικής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στο παρόν κεφάλαιο, παρατίθενται τα αποτελέσματα των καταμετρήσεων και συσχετίσεων των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων που επεστράφησαν, σύμφωνα με τους άξονες στους οποίους βασίστηκε το ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα 4), όπως αυτοί περιγράφηκαν αναλυτικά στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Το σύνολο των ληφθέντων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, είναι 56. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Fisher's exact test. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Ύστερα από την καταμέτρηση και συσχέτιση των επιλογών των επιμέρους απαντημένων ερωτηματολογίων, έχουμε τα κάτωθι:

Από το σύνολο των 56 δήμων, οι 17 υλοποίησαν το πρόγραμμα, οι 11 δεν έλαβαν την εγκύκλιο και οι 28 έλαβαν την εγκύκλιο, αλλά δεν υλοποίησαν το πρόγραμμα. Στον πίνακα 1 συγκρίνονται τα χαρακτηριστικά των δήμων ανάλογα με το εάν έλαβαν την εγκύκλιο και εάν υλοποίησαν το πρόγραμμα. Το ποσοστό των Δήμων που δεν υλοποίησαν το πρόγραμμα δεν διέφερε ανάλογα με το αν ο Δήμος ήταν ορεινός, ημι-ορεινός ή πεδινός. Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε κατά κύριο λόγο σε πεδινές περιοχές (82,4%). Ωστόσο, οι δήμοι που δεν έλαβαν την εγκύκλιο ήταν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό δήμοι που ανήκουν σε νησιωτική περιοχή και σε παραμεθόρια περιοχή. Στους δήμους που δεν υλοποίησαν το πρόγραμμα ο λόγος ήταν ο μη επαρκής αριθμός προσωπικού στο Δήμο και ο μη απαραίτητος διαθέσιμος χρόνος από μέρους τους. Στους δήμους που υλοποίησαν το πρόγραμμα, απασχολήθηκαν κατά κύριο λόγο ένας με δύο υπάλληλοι (82,4%).

Η εγκύκλιος του Υπουργείου δεν έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα υλοποίησης και το ότι σύμφωνα με τα απαντημένα ερωτηματολόγια μόνο 17 Δήμοι υλοποίησαν το πρόγραμμα, ενώ από αυτούς τους Δήμους ουσιαστικά ασχολήθηκαν λίγοι υπάλληλοι, είναι φαινόμενα που οφείλουν να μας προβληματίσουν. Επίσης, λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι αφενός η εγκύκλιος απευθύνεται και βασίζεται στη θέληση και την πρωτοβουλία κυρίως του προσωπικού των επαγγελματιών υγείας των Δήμων και αφετέρου ότι η έλλειψη προσωπικού επιλέχθηκε ως κύρια αιτία μη υλοποίησης του προγράμματος, εκμαιοείται το πόρισμα της ελλιπούς στελέχωσης των Δήμων με επαγγελματίες υγείας, μια υποστελέχωση που μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην ουσιαστική ενασχόληση των υπαλλήλων των Δήμων με τα προγράμματα υγείας.

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, σύμφωνα με την τοπογραφική ταξινόμηση και την απεικόνιση των δημογραφικών ηλικιακών στοιχείων κάθε Δήμου-μέλους του ΕΔΔΥΠΠΥ που έλαβαν χώρα για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, όπως αυτά παρουσιάζονται στα Παραρτήματα 2 και 3, είχε δημιουργηθεί η προσδοκία υλοποίησης του προγράμματος κυρίως στις ορεινές και ημιορεινές περιοχές, οι οποίες εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιακών ομάδων 50+ ετών και 60+ ετών σε σχέση με τον μόνιμο πληθυσμό τους, που είναι ο πληθυσμός αναφοράς για το πρόγραμμα σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου, όμως από τα επιμέρους απαντημένα ερωτηματολόγια φαίνεται ότι το πρόγραμμα υλοποιήθηκε κυρίως σε πεδινές περιοχές και οι λόγοι που οι ορεινές και ημιορεινές περιοχές δεν υλοποίησαν το πρόγραμμα ήταν, σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, η έλλειψη προσωπικού και διαθέσιμου χρόνου.

Πίνακας 1. Στοιχεία των δήμων ανάλογα με το εάν έλαβαν την εγκύκλιο και εάν υλοποίησαν το πρόγραμμα

	Δήμοι			P ⁺
	που υλοποίησαν το πρόγραμμα (N=17)	που δεν έλαβαν την εγκύκλιο (N=11)	που δεν υλοποίησαν το πρόγραμμα (N=28)	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Ο Δήμος σας είναι				
Ορεινός	2 (11,8)	1 (9,1)	5 (17,9)	0,289
Ημι-ορεινός	1 (5,9)	4 (36,4)	7 (25,0)	
Πεδινός	14 (82,4)	6 (54,5)	16 (57,1)	
Ο Δήμος σας ανήκει σε νησιωτική περιοχή;				
Ναι	1 (5,9)	6 (54,5)	5 (17,9)	0,010
Όχι	16 (94,1)	5 (45,5)	23 (82,1)	
Ο Δήμος σας ανήκει σε παραμεθόρια περιοχή;				
Ναι	0 (0,0)	5 (45,5)	6 (21,4)	0,009
Όχι	17 (100,0)	6 (54,5)	22 (78,6)	
Η Εγκύκλιος έφθασε στα χέρια σας:				
Ναι, άμεσα	11 (64,7)	0 (0,0)	21 (75,0)	<0,001
Ναι, έμμεσα	6 (35,3)	0 (0,0)	7 (25,0)	
Όχι, δεν έφθασε	0 (0,0)	11 (100,0)	0 (0,0)	
Λόγοι που δεν χρησιμοποιήθηκε η εγκύκλιος:				
Μη επαρκής αριθμός προσωπικού στον Δήμο	-	-	27 (96,4)	-
Δεν υπήρχε ο απαραίτητος χρόνος από μέρους σας	-	-	27 (96,4)	-
Δεν ήταν κατανοητή η εγκύκλιος	-	-	0 (0,0)	-

Πόσοι υπάλληλοι από τον Δήμο σας ασχολήθηκαν με την υλοποίηση του προγράμματος;

1-2	14 (82,4)	-	-	-
3-5	2 (11,8)	-	-	-
>5	1 (5,9)	-	-	-

*Fisher's exact test

Στον πίνακα 2 περιγράφεται η πραγματοποίηση δράσεων και η συνεργασία με άλλους φορείς, δομές και υπηρεσίες στους δήμους όπου υλοποιήθηκε το πρόγραμμα. Οι φορείς με τους οποίους συνεργάστηκαν ήταν κατά μεγαλύτερο ποσοστό τοπικοί και περιφερειακοί φορείς (58,8%), ενώ στο 41,1% ήταν αρμόδιοι Επιστημονικοί Σύλλογοι και Εταιρείες Υγείας και στο 35,3% ήταν Δημόσιοι φορείς υγείας. Υπήρξαν 5 δήμοι (29,4%) οι οποίοι δεν συνεργάστηκαν με κανένα φορέα. Στην περίπτωση που είχαν συνεργασία με φορείς, η συνεργασία αυτή χαρακτηρίστηκε κατά κύριο λόγο πολύ καλή (41,7%) ή άριστη (41,7%). Τα ΚΑΠΗ συμμετείχαν στις δράσεις του δήμου σε ποσοστό 94,1% και το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι σε ποσοστό 41,2%. Βλέπουμε ότι οι δομές των ΚΑΠΗ και του Βοήθεια στο Σπίτι, ως δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους Δήμους, συμμετέχουν ενεργά στην υλοποίηση του προγράμματος. Επίσης, οι δήμοι συνεργάστηκαν στο 41,2% με Δομές Υγείας και Υπηρεσίες του ΕΣΥ/ΠΕΔΥ, στο 41,2% με Εθελοντές Επαγγελματίες Υγείας και στο 29,4% με ιδιώτες γιατρούς.

Πίνακας 2. Πραγματοποίηση δράσεων και συνεργασία με άλλους φορείς, δομές και υπηρεσίες.

	N (%)
Εάν χρησιμοποιήσατε την εγκύκλιο για Δράσεις, με ποιους φορείς συνεργαστήκατε;	
Τοπικούς και περιφερειακούς φορείς	10 (58,8)
Δημόσιους φορείς υγείας	6 (35,3)
Ιδιωτικούς φορείς υγείας	4 (23,5)
Αρμόδιους επιστημονικούς Συλλόγους και Εταιρείες υγείας	8 (47,1)
Επαγγελματικούς Συλλόγους	2 (11,8)
Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις	2 (11,8)
Συλλόγους ασθενών	2 (11,8)
Με κανέναν	5 (29,4)
Εάν δεν συνεργαστήκατε με κάποιον φορέα, ποιος ήταν ο λόγος;	

Η επικοινωνία με τους άλλους φορείς ήταν ανεπαρκής	1 (5,9)
Έλλειψη διαθέσιμου χρόνου από μέρους σας	3 (17,6)
Έλλειψη διαθέσιμου προσωπικού στον Δήμο	3 (17,6)
Δεν γνωρίζω	1 (5,9)
Εάν συνεργαστήκατε με άλλους φορείς, την συνεργασία σας με τους άλλους φορείς θα την χαρακτηρίζατε:	
Άριστη	5 (41,7)
Πολύ καλή	5 (41,7)
Καλή	2 (16,7)
Καθόλου καλή	0 (0,0)
Ποιες δομές του Δήμου σας συμμετείχαν στις δράσεις;	
Δημοτικά Ιατρεία	5 (29,4)
ΚΑΠΗ	16 (94,1)
ΚΗΦΗ	0 (0,0)
Βοήθεια στο Σπίτι	7 (41,2)
Με ποιες άλλες δομές και υπηρεσίες συνεργαστήκατε ως Δήμος;	
Δομές Υγείας και Υπηρεσίες του ΕΣΥ/ΠΕΔΥ	7 (41,2)
Γενικές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας των Περιφερειών της Χώρας	1 (5,9)
Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις	3 (17,6)
Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων	1 (5,9)
Ιερές Μητροπόλεις	1 (5,9)
Εθελοντές Επαγγελματίες Υγείας	7 (41,2)
Με καμία	5 (29,4)
Ιδιώτες γιατρούς	5 (29,4)

Σχετικά με τις δράσεις που υλοποιήθηκαν, στο 100% υπήρξε ανάρτηση ενημερωτικού υλικού σε ιστοσελίδες και ανάρτηση αφισών και διανομή ενημερωτικού υλικού και εντύπων σε δημόσιους χώρους, ενώ στο 88,2% υπήρξαν Ενημερωτικές Εκδηλώσεις (ημερίδες, ομιλίες κτλ) - γράφημα 1. Παρατηρούμε ότι όλοι οι Δήμοι που απάντησαν ότι υλοποίησαν το πρόγραμμα, δήλωσαν ότι ανήρτησαν ενημερωτικό υλικό στις ιστοσελίδες τους, δεδομένο που αξιοποιήθηκε για τη διερεύνηση της αξιοπιστίας της παρούσας έρευνας, όπως περιγράφηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Σχετικά με τα προβλήματα κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος στο μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρθηκε μειωμένος αριθμός του προσωπικού του Δήμου για την υλοποίηση των δράσεων (82,4%), καθώς και λιγιστός διαθέσιμος χρόνος (64,7%) - γράφημα 2.

Γράφημα 1. Δράσεις που υλοποιήθηκαν



Γράφημα 2. Προβλήματα κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος



Η περιγραφή της υλοποίησης του προγράμματος δράσεων και το περιεχόμενο αυτού περιγράφονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. Υλοποίηση προγράμματος δράσεων και περιεχόμενο αυτού.

	N (%)
Αξιοποιήσατε στις Δράσεις σας το υλικό Αγωγής Υγείας, τα εργαλεία και τις δοκιμασίες που επισυνάπτονται στην σχετική εγκύκλιο;	
Ναι	11 (64,7)
Όχι	5 (29,4)
Δεν γνωρίζω	1 (5,9)
Εάν όχι, γιατί;	
Δεν ήταν κατανοητά	0 (0,0)
Δεν κρίθηκε απαραίτητο από τους επαγγελματίες υγείας	0 (0,0)
Δεν γνωρίζω	2 (40,0)
Άλλο	3 (60,0)
Η διαδικασία των Κλινικών παρεμβάσεων και των παραπομπών, έγινε σύμφωνα με την σχετική εγκύκλιο (διαμόρφωση χρονοδιαγράμματος, συμπλήρωση "Εντύπου Παρακολούθησης", παραπομπή για περαιτέρω έλεγχο όταν κρίνεται απαραίτητο) ;	
Ναι	6 (35,3)
Όχι	3 (17,6)
Δεν γνωρίζω	8 (47,1)
Για πόσο χρονικό διάστημα υλοποιήσατε το πρόγραμμα;	
Λιγότερο από μήνα	2 (11,8)
Ένα μήνα	3 (17,6)
Δύο μήνες	3 (17,6)
Τρεις μήνες	4 (23,5)
Περισσότερο από τρεις μήνες	5 (29,4)
Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ηλικιωμένων στα θέματα οστεοπόρωσης και πρόληψης πτώσεων:	
Επιτυχείς	11 (64,7)
Εν μέρει επιτυχείς	6 (35,3)
Καθόλου επιτυχείς	0 (0,0)
Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την ανάπτυξη πρωτογενούς πρόληψης για την αποφυγή πτώσεων στην τρίτη ηλικία:	
Επιτυχείς	5 (29,4)
Εν μέρει επιτυχείς	10 (58,8)
Καθόλου επιτυχείς	0 (0,0)
Δεν γνωρίζω	2 (11,8)
Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την παρακολούθηση ατόμων με προδιαθεσικούς παράγοντες οστεοπόρωσης:	
Επιτυχείς	7 (41,2)
Εν μέρει επιτυχείς	9 (52,9)
Καθόλου επιτυχείς	0 (0,0)
Δεν γνωρίζω	1 (5,9)
Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την συστηματική παραπομπή και διαχείριση περιστατικών με οστεοπόρωση:	

Επιτυχείς	1 (5,9)
Εν μέρει επιτυχείς	8 (47,1)
Καθόλου επιτυχείς	2 (11,8)
Δεν γνωρίζω	6 (35,3)
Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα φροντίδας και εξυπηρέτησης ηλικιωμένων:	
Επιτυχείς	2 (11,8)
Εν μέρει επιτυχείς	0 (0,0)
Καθόλου επιτυχείς	15 (88,2)
Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την οργάνωση παρεμβάσεων δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης ηλικιωμένων:	
Επιτυχείς	1 (5,9)
Εν μέρει επιτυχείς	2 (11,8)
Καθόλου επιτυχείς	0 (0,0)
Δεν γνωρίζω	14 (82,4)

Το 64,7% των δήμων δήλωσαν ότι αξιοποίησαν στις δράσεις το υλικό Αγωγής Υγείας, τα εργαλεία και τις δοκιμασίες που επισυνάπτονταν στη σχετική εγκύκλιο, ενώ στο 35,3% η διαδικασία των Κλινικών παρεμβάσεων και των παραπομπών, έγινε σύμφωνα με τη σχετική εγκύκλιο. Η μειωμένη αξιοποίηση των εργαλείων και των δοκιμασιών, σηματοδοτεί την έλλειψη συνήθειας αξιοποίησής τους από τους επαγγελματίες υγείας στην καθημερινή τους πράξη, μια συνήθεια που, μέσω κατευθυντήριων οδηγιών και μέσω της καθιερωμένης υλοποίησης προγραμμάτων υγείας όπως το ΗΠΙΟΝΗ, θα μπορούσε να υιοθετηθεί σταδιακά από τους επαγγελματίες υγείας και να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι στην καθημερινότητά τους.

Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε για τρεις ή παραπάνω μήνες στο 52,9% των δήμων και οι δράσεις ως προς την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ηλικιωμένων στα θέματα οστεοπόρωσης και πρόληψης πτώσεων κρίθηκαν επιτυχείς στο 64,7% των περιπτώσεων. Η περίοδος όμως υλοποίησης του προγράμματος που αναφερόταν στην εγκύκλιο ήταν ενδεικτική προκειμένου να γίνουν οι πρώτες ενέργειες και δεν σηματοδοτούσε και τη λήξη του, καθώς η πρόληψη της οστεοπόρωσης και των πτώσεων δεν μπορεί να έχουν ημερομηνία λήξης, από τη στιγμή που ως φαινόμενα η οστεοπόρωση και οι πτώσεις δεν παύουν να υφίστανται.

Οι δράσεις ως προς την ανάπτυξη πρωτογενούς πρόληψης για την αποφυγή πτώσεων στην τρίτη ηλικία κρίθηκαν επιτυχείς στο 29,4% των δήμων, ενώ οι δράσεις ως προς την παρακολούθηση ατόμων με προδιαθεσικούς παράγοντες οστεοπόρωσης κρίθηκαν επιτυχείς

στο 41,2% των δήμων. Σε πολύ χαμηλό ποσοστό (5,9%) κρίθηκαν επιτυχείς οι Δράσεις που ανέπτυξαν ως προς την συστηματική παραπομπή και διαχείριση περιστατικών με οστεοπόρωση καθώς και οι δράσεις ως προς την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα φροντίδας και εξυπηρέτησης ηλικιωμένων (11,8%). Το γεγονός ότι υφίστανται Δήμοι που ενώ υλοποίησαν τις εν λόγω δράσεις απάντησαν ότι δεν γνώριζαν να τις αξιολογήσουν, σημαίνει ότι οι υπεύθυνοι του προγράμματος δεν είχαν σαφή εικόνα ανατροφοδότησης των συγκεκριμένων δράσεων. Ενδιαφέρον θα είχε εάν υπήρχαν στο ερωτηματολόγιο και επιπλέον ερωτήσεις που να αφορούν σε στοιχεία των ορισμένων από τον Δήμο υπευθύνων του προγράμματος, οι οποίοι και καλούνται να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, όπως το έτος γέννησης, την επαγγελματική/επιστημονική ιδιότητα, τη θέση στην υπηρεσία τους και τον χρόνο πρύπηρεσίας τους σε αυτή τη θέση. Αυτά τα στοιχεία ίσως βοηθούσαν και στη διεξαγωγή επιπλέον συμπερασμάτων, όπως για παράδειγμα εάν η επιστημονική τους ιδιότητα ή τα χρόνια εμπειρίας τους, τους διευκολύνουν στην αξιολόγηση των δράσεων.

Σε όλους τους δήμους οι ενδιαφερόμενοι ανταποκρίθηκαν θετικά και όλοι οι δήμοι θεωρούσαν ότι η υλοποίηση του προγράμματος πρόσφερε κάτι θετικό, είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα στον ίδιο το δήμο. Στους δήμους που υλοποιήθηκαν επισκέψεις κατ' οίκον συμμετείχε σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό η δομή «Βοήθεια στο σπίτι» σε σύγκριση με τους δήμους που δεν υλοποιήθηκαν επισκέψεις κατ' οίκον (100% έναντι 0%, $p < 0,001$). Οι υπόλοιπες δομές (δημοτικά ιατρεία, ΚΑΠΗ και ΚΗΦΗ) συμμετείχαν σε παρόμοια ποσοστά στους δήμους που υλοποίησαν επισκέψεις κατ' οίκον και σε εκείνους που δεν τις υλοποίησαν ($p > 0,05$).

Το ποσοστό αξιοποίησης του υλικού Αγωγής Υγείας, των εργαλείων και των δοκιμασιών που επισυνάπτονται στην σχετική εγκύκλιο ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στις περιπτώσεις που υπήρξε συνεργασία με τοπικούς και περιφερειακούς φορείς ή συνεργασία με δημόσιους φορείς υγείας και σημαντικά μικρότερο όταν δεν υπήρξε συνεργασία με καμία άλλη δομή και υπηρεσία του δήμου (πίνακας 4). Επίσης, το ποσοστό αξιοποίησης του υλικού Αγωγής Υγείας, των εργαλείων και των δοκιμασιών που επισυνάπτονται στη σχετική εγκύκλιο ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στις περιπτώσεις που υπήρξε υλοποίηση οργανωμένων παρεμβάσεων σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς ή και τριτογενούς πρόληψης. Επιπρόσθετα, το ποσοστό που η διαδικασία των Κλινικών παρεμβάσεων και των παραπομπών έγινε σύμφωνα με τη σχετική εγκύκλιο, ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στις περιπτώσεις που υπήρξε συνεργασία με Δομές Υγείας και Υπηρεσίες του ΕΣΥ/ΠΕΔΥ ή συνεργασία του Δήμου με άλλη δομή και υπηρεσία. Επιπρόσθετα, το χρονικό διάστημα που υλοποίησαν το πρόγραμμα

ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στις περιπτώσεις που υπήρξε συνεργασία του Δήμου με άλλη δομή και υπηρεσία.

Πίνακας 4. Σημαντικές διαφορές στα ποσοστά αξιοποίησης του υλικού Αγωγής Υγείας, των εργαλείων και των δοκιμασιών που επισυνάπτονται στη σχετική εγκύκλιο, στο ποσοστό που η διαδικασία των κλινικών παρεμβάσεων και των παραπομπών, έγινε σύμφωνα με τη σχετική εγκύκλιο και στο χρονικό διάστημα υλοποίησης του προγράμματος

	Αξιοποιήσατε στις Δράσεις σας το υλικό Αγωγής Υγείας, τα εργαλεία και τις δοκιμασίες που επισυνάπτονται στην σχετική εγκύκλιο;		P+
	Όχι/ Δεν γνωρίζω	Ναι	
	N (%)	N (%)	
Συνεργασία με τοπικούς και περιφερειακούς φορείς			
Όχι	6 (85,7)	1 (14,3)	<0,001
Ναι	0 (0,0)	10 (100,0)	
Συνεργασία με δημόσιους φορείς υγείας			
Όχι	6 (54,5)	5 (45,5)	0,043
Ναι	0 (0,0)	6 (100,0)	
Συνεργασία με κανέναν			
Όχι	2 (16,7)	10 (83,3)	0,028
Ναι	4 (80,0)	1 (20,0)	
Συνεργασία με καμία άλλη δομή και υπηρεσία του δήμου			
Όχι	2 (16,7)	10 (83,3)	0,028
Ναι	4 (80,0)	1 (20,0)	
Υλοποίηση οργανωμένων παρεμβάσεων σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς ή και τριτογενούς πρόληψης			
Όχι	6 (75,0)	2 (25,0)	0,002
Ναι	0 (0,0)	9 (100,0)	
	Η διαδικασία των Κλινικών παρεμβάσεων και των παραπομπών, έγινε σύμφωνα με την σχετική εγκύκλιο;		
	Όχι/ Δεν γνωρίζω	Ναι	
	N (%)	N (%)	P+
Συνεργασία με Δομές Υγείας και Υπηρεσίες του ΕΣΥ/ΠΕΔΥ			
Όχι	9 (90,0)	1 (10,0)	0,035
Ναι	2 (28,6)	5 (71,4)	
Συνεργασία με άλλη δομή και υπηρεσία ως δήμος			
Όχι	10 (83,3)	2 (16,7)	0,028
Ναι	1 (20,0)	4 (80,0)	
	Για πόσο χρονικό διάστημα υλοποιήσατε το πρόγραμμα;		
	Το πολύ 2 μήνες	Τρεις μήνες ή περισσότερο	

	N (%)	N (%)	P+
Συνεργασία με άλλη δομή και υπηρεσία ως δήμος			
Όχι	8 (66,7)	4 (33,3)	0,029
Ναι	0 (0,0)	5 (100,0)	

[†]Fisher's exact test

Σχετικά με τη συνέχιση του προγράμματος κρίθηκε στο 35,3% επιθυμητή και στο 58,8% επιθυμητή εφόσον αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν - γράφημα 3.

Γράφημα 3. Άποψη συμμετεχόντων για συνέχιση του προγράμματος



Από την καταγραφή των απαντήσεων που δόθηκαν στην τελευταία και προαιρετική ερώτηση του ερωτηματολογίου, έχουμε τα εξής σχόλια / παρατηρήσεις για το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016:

- ✓ “Παρακαλούμε για την προώθηση της εν λόγω εγκυκλίου”,
- ✓ “Επιθυμούμε να συμμετέχουμε εφόσον ενημερωθούμε για το πρόγραμμα”,
- ✓ “Είναι ανεπαρκής ο αριθμός του προσωπικού στον Δήμο”,
- ✓ “Επιθυμούσαμε να κάνουμε και άλλες δράσεις, αλλά βρίσκονται στην Αθήνα οι περισσότεροι φορείς και η μετακίνησή τους είναι δύσκολη εκτός Αττικής”,
- ✓ “Έχουμε ήδη πολλά καθήκοντα και δεν μας μένει επιπλέον χρόνος για το πρόγραμμα”,
- ✓ “Απαιτείται καλύτερη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών του Δήμου και δεν ήταν και εύκολη η διασύνδεση του Δήμου με τους άλλους φορείς”,
- ✓ “Μόλις πριν λίγες ημέρες ανέλαβα την ευθύνη των προγραμμάτων υγείας στον Δήμο

μας και δεν έχω ακόμη πλήρως ενημερωθεί από την προκάτοχό μου για το πρόγραμμα”,

- ✓ “Δυστυχώς υφίσταται έλλειψη προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής στους Δήμους”,
- ✓ “Θα θέλαμε να κάνουμε περισσότερες δράσεις για το πρόγραμμα, όμως δεν έχουμε προσωπικό”,
- ✓ “Χρειαζόμαστε επιπλέον προσωπικό επαγγελματιών υγείας για αυτά τα προγράμματα”,
- ✓ “Λόγω του ΕΔΔΥΠΠΥ τρέχουμε ήδη την κοινή πολιτική για την τρίτη ηλικία που περιλαμβάνει την πρόληψη οστεοπόρωσης”,
- ✓ “Το υπάρχον προσωπικό έχει ήδη πολλά καθήκοντα, απαιτείται πρόσληψη προσωπικού”,
- ✓ “Θα βοηθούσε ένας συντονιστικός μηχανισμός από το Υπουργείο Υγείας, ένα κοινό πεδίο καταγραφής των δράσεων για όλους τους δήμους και η πρόσληψη επαγγελματιών υγείας στο προσωπικό του Δήμου”.

Παρατηρούμε ότι τα ανωτέρω σχόλια αναφέρονται κυρίως στην έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού στους Δήμους, αλλά και στη μη επαρκή ενημέρωση και την έλλειψη συντονισμού από το Υπουργείο Υγείας. Επίσης αναφέρονται στην ταύτιση μέρους του προγράμματος με δράσεις που ήδη υφίστανται από την κοινή πολιτική για την τρίτη ηλικία του ΕΔΔΥΠΠΥ, στην ελλιπή κουλτούρα διασύνδεσης φορέων και τη μειωμένη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών μέσα στον δήμο, στη δυσκολία μετακίνησης των φορέων που βρίσκονται στο κέντρο προς την περιφέρεια και, τέλος, στην ύπαρξη χρονικού διαστήματος προσαρμογής και ενημέρωσης των υπεύθυνων για τα προγράμματα υγείας υπαλλήλων των Δήμων, σε περίπτωση ανάληψης νέων καθηκόντων. Από τη συσχέτιση των σχολίων με τις επιλογές των επιμέρους ληφθέντων ερωτηματολογίων, έχουμε τα κάτωθι:

- τα σχόλια: “Παρακαλούμε για την προώθηση της εν λόγω εγκυκλίου” και “Επιθυμούμε να συμμετέχουμε εφόσον ενημερωθούμε για το πρόγραμμα”, προέρχονται από δήμους που είχαν απαντήσει στην ερώτηση 4 του ερωτηματολογίου ότι δεν είχαν λάβει την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας που αφορούσε στο πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016

- τα σχόλια: “Είναι ανεπαρκής ο αριθμός του προσωπικού στον Δήμο”, “Έχουμε ήδη πολλά καθήκοντα και δεν μας μένει επιπλέον χρόνος για το πρόγραμμα”, “Μόλις πριν λίγες ημέρες ανέλαβα την ευθύνη των προγραμμάτων υγείας στον Δήμο μας και δεν έχω ακόμη πλήρως ενημερωθεί από την προκάτοχό μου για το πρόγραμμα” και “Το υπάρχον προσωπικό έχει ήδη πολλά καθήκοντα, απαιτείται πρόσληψη προσωπικού” προέρχονται από δήμους που

στην ερώτηση 5 του ερωτηματολογίου είχαν απαντήσει ότι ενώ έλαβαν την εγκύκλιο, δεν την χρησιμοποίησαν για δράσεις στον Δήμο τους.

- τα σχόλια: “Επιθυμούσαμε να κάνουμε και άλλες δράσεις, αλλά βρίσκονται στην Αθήνα οι περισσότεροι φορείς και η μετακίνησή τους είναι δύσκολη εκτός Αττικής”, “Απαιτείται καλύτερη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών του Δήμου και δεν ήταν και εύκολη η διασύνδεση του Δήμου με τους άλλους φορείς”, “Δυστυχώς υφίσταται έλλειψη προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής στους Δήμους”, “Θα θέλαμε να κάνουμε περισσότερες δράσεις για το πρόγραμμα, όμως δεν έχουμε προσωπικό”, “Χρειαζόμαστε επιπλέον προσωπικό επαγγελματιών υγείας για αυτά τα προγράμματα”, “Λόγω του ΕΔΔΥΠΠΥ τρέχουμε ήδη την κοινή πολιτική για την τρίτη ηλικία που περιλαμβάνει την πρόληψη οστεοπόρωσης” και “Θα βοηθούσε ένας συντονιστικός μηχανισμός από το Υπουργείο Υγείας, ένα κοινό πεδίο καταγραφής των δράσεων για όλους τους δήμους και η πρόσληψη επαγγελματιών υγείας στο προσωπικό του Δήμου”, προέρχονται από τους Δήμους που στην ερώτηση 5 του ερωτηματολογίου είχαν απαντήσει ότι την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας που αφορούσε στο πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016, την χρησιμοποίησαν για δράσεις στον Δήμο τους.

Στο επόμενο κεφάλαιο λαμβάνει χώρα η συζήτηση των αποτελεσμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τα 192 ερωτηματολόγια που απεστάλησαν, επέστρεψαν συμπληρωμένα τα 56, άρα ο βαθμός ανταπόκρισης (BA) των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων είναι ~29,2%. Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι μία από τις κύριες αρμοδιότητες των Γραφείων Τύπου και επικοινωνίας/Δημοσίων Σχέσεων των Δήμων αποτελεί η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για τη δραστηριότητα της Δημοτικής αρχής και έχοντας ως δεδομένο από τις απαντήσεις των ληφθέντων ερωτηματολογίων ότι όλοι οι Δήμοι που απάντησαν πως υλοποίησαν το πρόγραμμα δήλωσαν ότι ανήρτησαν ενημερωτικό υλικό στις ιστοσελίδες τους, ερευνήθηκε η αξιοπιστία των απαντημένων-ληφθέντων ερωτηματολογίων μέσω των επίσημων ιστοτόπων των 192 Δήμων στους οποίους εστάλη το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας. Προκειμένου να υπάρξει και μια σαφέστερη εικόνα ως προς την υλοποίηση του προγράμματος σε όλους τους Δήμους της ελληνικής επικράτειας, κρίθηκε σκόπιμο να ελεγχθούν ταυτόχρονα οι επίσημοι ιστοτόποι και των υπόλοιπων 133 Δήμων της χώρας.

Αφού συλλέχθηκαν από τον διαδικτυακό τόπο του Υπουργείου Εσωτερικών οι επίσημες ιστοσελίδες όλων των 325 Δήμων της Ελλάδας, ελέγχθηκε καθεμία ηλεκτρονικώς, προκειμένου να εξεταστεί η συμμετοχή κάθε Δήμου στο πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ του έτους 2016 μέχρι την ημερομηνία συλλογής των ερωτηματολογίων, δηλαδή μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2017. Από τον ηλεκτρονικό έλεγχο, βρέθηκαν τα εξής:

(α) σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις στις επίσημες ιστοσελίδες όλων των Δήμων της Ελλάδας, συνολικά 19 Δήμοι υλοποίησαν δράσεις για το πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ 2016 του Υπουργείου Υγείας μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2017 και από αυτούς τους 19 Δήμους που υλοποίησαν δράσεις για το πρόγραμμα και σύμφωνα με τα στοιχεία των μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ, οι 17 Δήμοι είναι μέλη του, εύρημα που έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τον αριθμό των Δήμων-μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ που απάντησαν στα ληφθέντα ερωτηματολόγια ότι χρησιμοποίησαν την εγκύκλιο για το ΗΠΙΟΝΗ 2016 του Υπουργείου Υγείας και υλοποίησαν δράσεις στο Δήμο τους. Από την παρούσα λοιπόν εργασία, μπορούν να βγουν ασφαλή συμπεράσματα για τους Δήμους της ελληνικής επικράτειας που εφάρμοσαν το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016, αφού έχουμε δεδομένα των 17 εκ των 19 Δήμων στην Ελλάδα που υλοποίησαν το πρόγραμμα. Το γεγονός ότι από τους 19 Δήμους στην Ελλάδα που εφάρμοσαν το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016 οι 17 Δήμοι είναι μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ, υποδηλώνει την ύπαρξη κουλτούρας υλοποίησης προγραμμάτων υγείας στους Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ. Δεν παύει όμως ο συνολικός αριθμός των Δήμων που υλοποίησαν το πρόγραμμα να είναι εξαιρετικά χαμηλός, γεγονός που καθιστά πολύ επιδερμική τη σκέψη της πιθανής αιτίας μη υλοποίησής του λόγω

διαφορετικών επιλεγμένων δράσεων των Δημοτικών αρχών από αυτές που προτείνονται στο πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ.

(β) από τους 17 Δήμους- μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ που, σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις στις επίσημες ιστοσελίδες τους, υλοποίησαν δράσεις για το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016 μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2017, οι 10 ανήκουν στην Περιφέρεια Αττικής, 1 Δήμος στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, 2 στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, 2 Δήμοι στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, 1 στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας και 1 Δήμος στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου. Επίσης, από αυτούς τους Δήμους οι 14 είναι πεδινοί, οι 2 ορεινοί και 1 ημι-ορεινός Δήμος, στοιχεία που έρχονται σε απόλυτη συμφωνία με τις απαντήσεις στα αντίστοιχα ερωτήματα του ερωτηματολογίου από τους Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ που απάντησαν ότι χρησιμοποίησαν την εγκύκλιο για το ΗΠΙΟΝΗ 2016 του Υπουργείου Υγείας και υλοποίησαν δράσεις. Είναι εμφανής η πλειοψηφία υλοποίησης του προγράμματος σε Δήμους της Περιφέρειας Αττικής σε σχέση με τις υπόλοιπες περιοχές της Ελλάδας, γεγονός που θα μπορούσε να αιτιολογηθεί με την ύπαρξη ευκολότερης πρόσβασης και χρήσης των κατοίκων της περιφέρειας Αττικής στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και με την έλλειψη δομών κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ιδιαίτερα στην επαρχία (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011; Yfantopoulos, 2014). Αναδεικνύεται λοιπόν η ανάγκη ύπαρξης ενός συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα διασφαλίζει την απρόσκοπτη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και δε θα υποβαθμίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αξιοποιώντας το εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό επαγγελματιών υγείας της χώρας.

(γ) από τους 17 Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ που, σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις στις επίσημες ιστοσελίδες τους, υλοποίησαν δράσεις για το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016 μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2017, ο 1 Δήμος ανήκει σε νησιωτική περιοχή και κανένας Δήμος δεν ανήκει σε παραμεθόρια περιοχή, επιπλέον τοπογραφικά ευρήματα που έρχονται σε απόλυτη συμφωνία με τις απαντήσεις στα αντίστοιχα ερωτήματα του ερωτηματολογίου που δόθηκαν από τους Δήμους-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ που απάντησαν ότι χρησιμοποίησαν την εγκύκλιο για το ΗΠΙΟΝΗ 2016 του Υπουργείου Υγείας και υλοποίησαν δράσεις. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την έλλειψη δομών κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ιδιαίτερα στην επαρχία, στις νησιωτικές και τις παραμεθόριες περιοχές. Επιπλέον, αυτά τα ευρήματα μπορεί να υποδηλώνουν και την έλλειψη συνήθειας στη χρήση και αξιοποίηση των υπηρεσιών και εργαλείων e-Health από τους επαγγελματίες υγείας, που ιδιαίτερα στην επαρχία και στις παραμεθόριες και νησιωτικές περιοχές θα μπορούσαν να αποτελούν κύρια και καθημερινά

εργαλεία-μέσα των επαγγελματιών υγείας, γεφυρώνοντας κατά ένα μέρος τις αποστάσεις και τη φυσική δυσβατότητα των περιοχών αυτών.

Μέσα λοιπόν στο δείγμα των 56 Δήμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, έχουμε δεδομένα των 17 εκ των 19 Δήμων στην Ελλάδα που υλοποίησαν το πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε προς συμπλήρωση στους Δήμους από τις 15 Ιουνίου 2017 έως την 31 Οκτωβρίου 2017, χρονική περίοδος που περιλαμβάνει τους καλοκαιρινούς μήνες, άρα συμπίπτει με την περίοδο της θερινής άδειας των υπαλλήλων, όμως λόγω απουσίας πολυτέλειας χρόνου για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας, ήταν αδύνατη η μεγαλύτερη χρονική διάρκεια αποστολής και επαναληπτικότητας της αποστολής του ερωτηματολογίου στους Δήμους. Επιπλέον, το ίδιο το πρόγραμμα δεν ήταν υποχρεωτικό προς υλοποίηση, γεγονός που σε συνδυασμό με την πιθανή μειωμένη έλλειψη κουλτούρας των υπαλλήλων ως προς τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων για συλλογή ερευνητικών δεδομένων, καθιστά εξ αρχής μικρή την προσδοκία συλλογής πολύ μεγάλου αριθμού δείγματος. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τους ανωτέρω παράγοντες, καθώς και την εγκυρότητα και αξιοπιστία των απαντημένων-ληφθέντων ερωτηματολογίων από την ηλεκτρονική διασταύρωση των απαντήσεων με τα στοιχεία των επίσημων ιστοτόπων των Δήμων και έχοντας επιπλέον επιβαρυντικό στοιχείο τους δυσκίνητους ρυθμούς του Δημοσίου, το δείγμα (N=56) των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων της παρούσης έρευνας κρίνεται ικανοποιητικό.

Σύμφωνα τόσο με τα αποτελέσματα των ληφθέντων ερωτηματολογίων που αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, όσο και με τους επιμέρους στόχους που περιγράφηκαν στο κεφάλαιο της Μεθοδολογίας της Έρευνας, έχουμε τα κάτωθι:

A) Βαθμός ενημέρωσης και εφαρμογής του προγράμματος στους Δήμους

Ο βαθμός ενημέρωσης και εφαρμογής του συγκεκριμένου προγράμματος του Υπουργείου Υγείας στους Δήμους της ελληνικής επικράτειας κρίνεται ελλιπής. Η εγκύκλιος περιλαμβάνει πίνακα αποδεκτών, όμως τελικά φαίνεται από την παρούσα έρευνα ότι υφίσταται ελλιπής μηχανισμός διαβίβασης του εγγράφου, με αποτέλεσμα να υπάρχουν Δήμοι που δεν έλαβαν την εγκύκλιο. Από τα ληφθέντα ερωτηματολόγια παρατηρούμε ότι είναι σημαντικό το ποσοστό των Δήμων που ανήκουν σε νησιωτικές ή/και παραμεθόριες περιοχές και απάντησαν ότι δεν έλαβαν την εγκύκλιο ή ότι ενώ έλαβαν την εγκύκλιο, δεν υλοποίησαν το πρόγραμμα λόγω κυρίως έλλειψης προσωπικού. Οι νησιωτικές και παραμεθόριες περιοχές καλούνται να αντιμετωπίζουν μόνιμα φυσικά μειονεκτήματα και δυσκολίες, προβλήματα που γίνονται εντονότερα όταν, παράλληλα με τις δυσκολίες στη φυσική πρόσβαση υπάρχουν και δυσκολίες στην πρόσβαση των κατοίκων σε μία σειρά από υπηρεσίες, όπως σε υγειονομικές

υπηρεσίες. Στα ανωτέρω μπορεί να προστεθούν και η μη επαρκής επάνδρωση των υπηρεσιών τους, καθώς και η μειωμένη διασύνδεση των νησιωτικών και παραμεθόριων περιοχών στην κοινωνία της πληροφορίας με όρους και συνθήκες ισοδύναμους με τους αντίστοιχους για τους κατοίκους των ηπειρωτικών περιοχών. Θετικό στοιχείο για το πρόγραμμα αποτελεί το γεγονός ότι στα προαιρετικά σχόλια στο τέλος του ερωτηματολογίου, Δήμοι που δεν είχαν ενημερωθεί για το πρόγραμμα, ζήτησαν την προώθηση της εγκυκλίου προκειμένου να τη μελετήσουν και να εφαρμόσουν ανάλογες δράσεις. Η υλοποίηση ενός προγράμματος προϋποθέτει κατ' αρχάς την παραλαβή του από τις υπηρεσίες που καλούνται να το υλοποιήσουν, γι' αυτό και θα μπορούσε σε αυτή την περίπτωση να βοηθήσει η ύπαρξη ενός μηχανισμού επιβεβαίωσης παραλαβής των εγκυκλίων του Υπουργείου, για παράδειγμα η αποστολή της εγκυκλίου θα μπορούσε να γίνεται στους Δήμους και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου όπου θα υφίσταται ως ανατροφοδοτική απάντηση η επιλογή επιβεβαίωσης λήψης της εγκυκλίου. Για τη μεγιστοποίηση της πιθανότητας παραλαβής του μηνύματος, θα μπορούσε στους παραλήπτες κάθε Δήμου να υφίστανται από κοινού οι ηλεκτρονικές διευθύνσεις του Δημάρχου, του Αντιδημάρχου/Εντεταλμένου Συμβούλου για τον τομέα της Υγείας και του αντίστοιχου αρμόδιου Διευθυντή του Δήμου. Σε περίπτωση που ένας Δήμος δεν επιβεβαιώσει την παραλαβή της εγκυκλίου σε εύλογο χρονικό διάστημα, το Υπουργείο θα μπορούσε εκ νέου να επαναλάβει την αποστολή. Αυτός ο μηχανισμός προϋποθέτει την ύπαρξη ενός αρχείου στο Υπουργείο Υγείας με τα στοιχεία επικοινωνίας για κάθε Δήμο, καθώς και την ενημέρωση αυτού του αρχείου στις περιπτώσεις αλλαγής των στοιχείων, κάτι που για να λειτουργήσει εμπεριέχει ως δεδομένο την επικοινωνία του Υπουργείου Υγείας με τους Δήμους και μπορεί να οδηγήσει τελικά στη σύσφιξη των επικοινωνιακών δεσμών μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η υλοποίηση του προγράμματος σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου είναι προαιρετική, γεγονός που σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού κυρίως επαγγελματιών υγείας στους Δήμους και δη προσωπικού επαγγελματιών υγείας με σταθερή σχέση εργασίας, καθώς και με τη γήρανση του υπάρχοντος προσωπικού αλλά και την αδυναμία οικονομικών ή άλλων κινήτρων, καθιστούν εκ προοιμίου την ουσιαστικά εκτεταμένη εφαρμογή του προγράμματος συγκρατημένα αισιόδοξη. Εξάλλου από τις απαντήσεις των δήμων που δεν υλοποίησαν το πρόγραμμα, δηλώνεται ως κύριος λόγος της μη εφαρμογής του προγράμματος η έλλειψη προσωπικού και διαθέσιμου χρόνου στους Δήμους.

Σύμφωνα με την τοπογραφική ταξινόμηση και την απεικόνιση των δημογραφικών ηλικιακών στοιχείων κάθε Δήμου-μέλους του ΕΔΔΥΠΠΥ που έλαβαν χώρα για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, όπως αυτά παρουσιάζονται στα Παρατήματα 2 και

3, είχε δημιουργηθεί η προσδοκία υλοποίησης του προγράμματος κυρίως στις ορεινές και ημιορεινές περιοχές, οι οποίες εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιακών ομάδων 50+ ετών και 60+ ετών σε σχέση με τον μόνιμο πληθυσμό τους, που είναι ο πληθυσμός αναφοράς για το πρόγραμμα σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου. Από τα επιμέρους απαντημένα ερωτηματολόγια όμως και από τις συσχετίσεις που έλαβαν χώρα, βλέπουμε ότι το πρόγραμμα υλοποιήθηκε κυρίως σε πεδινές περιοχές και οι λόγοι που οι ορεινές και ημιορεινές περιοχές που έλαβαν την εγκύκλιο δεν υλοποίησαν το πρόγραμμα ήταν, σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, η έλλειψη προσωπικού και διαθέσιμου χρόνου. Επίσης, σύμφωνα με τα απαντημένα ερωτηματολόγια από αυτούς τους λίγους Δήμους που δήλωσαν ότι υλοποίησαν το πρόγραμμα, ουσιαστικά ασχολήθηκαν πολύ λίγοι υπάλληλοι, δεδομένα που δείχνουν την υποστελέχωση των Δήμων από προσωπικό επαγγελματιών υγείας, αλλά και την πιθανή απροθυμία των υπαλλήλων να υλοποιήσουν το πρόγραμμα, ίσως κυρίως λόγω έλλειψης κινήτρων. Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι αφενός η εγκύκλιος απευθύνεται και βασίζεται στη θέληση και την πρωτοβουλία του προσωπικού των επαγγελματιών υγείας των Δήμων και αφετέρου ότι η έλλειψη προσωπικού επιλέχθηκε ως κύρια αιτία μη υλοποίησης του προγράμματος, εκμεινεται το πόρισμα της ελλιπούς στελέχωσης των Δήμων με επαγγελματίες υγείας, μια υποστελέχωση που, σε συνδυασμό με την έλλειψη κινήτρων, μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην ουσιαστική ενασχόληση των υπαλλήλων των Δήμων με τα προγράμματα υγείας, άρα και στην ουσιαστική εφαρμογή και καθιέρωση αυτών των προγραμμάτων στην κοινότητα.

B) Αξιοποίηση εργαλείων και δοκιμασιών της εγκυκλίου

Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο που εξάγεται από τα ληφθέντα ερωτηματολόγια, είναι η χαμηλή αξιοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας των εργαλείων και των δοκιμασιών που επισυνάπτονταν στην εγκύκλιο. Αυτό το στοιχείο σηματοδοτεί την έλλειψη χρηστικής τους συνήθειας από τους επαγγελματίες υγείας στην καθημερινή τους πράξη. Η καθιέρωση υλοποίησης προγραμμάτων υγείας όπως το ΗΠΙΟΝΗ, θα μπορούσε να υιοθετήσει σταδιακά την αξιοποίηση εργαλείων και δοκιμασιών από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως σε Κέντρα Υγείας, Δημοτικά Ιατρεία, δομές Βοήθεια στο Σπίτι, αλλά και στις Τοπικές Μονάδες Υγείας που πρόκειται να λειτουργήσουν (άρθρο 106, Ν.4461/2017), ώστε να αποτελέσουν αναπόσπαστο κομμάτι στην καθημερινότητά τους.

Γ) Αξιολόγηση των δράσεων που υλοποιήθηκαν

Είναι σημαντικό ότι σύμφωνα με τις ληφθείσες απαντήσεις, οι περισσότεροι υπεύθυνοι του προγράμματος των Δήμων που υλοποίησαν δράσεις για το πρόγραμμα δεν γνώριζαν εάν έγινε

η διαδικασία των κλινικών παρεμβάσεων και των παραπομπών σύμφωνα με την σχετική εγκύκλιο, γεγονός που σημαίνει ότι δεν υπήχαν δεδομένα και ανατροφοδότηση από τις υλοποιούμενες δράσεις. Η καταγραφή των καθημερινών πεπραγμένων οφείλει να είναι και αυτή αναπόσπαστο εργαλείο των επαγγελματιών υγείας, η οποία εκτός από τη διαμόρφωση της εικόνας της καθημερινής εκτέλεσης εργασίας, δίνει στον επαγγελματία υγείας τη δυνατότητα: α)περισσότερο στοχευμένης και αξιόπιστης αξιολόγησης και επαναξιολόγησης των πεπραγμένων, β)ευκολότερης διάγνωσης, τεκμηριωμένης θεραπείας και καθοδήγησης, γ)αυτοαξιολόγησης ως προς το παραγόμενο ποσοτικά και ποιοτικά έργο και δ)συλλογής δεδομένων ακόμα και για ερευνητικούς σκοπούς.

Δ) Περίοδος εφαρμογής του προγράμματος από τους Δήμους

Η περίοδος υλοποίησης του προγράμματος που αναφερόταν στην εγκύκλιο ήταν ενδεικτική προκειμένου να γίνουν οι πρώτες ενέργειες δράσεων και διασύνδεσης των φορέων και δεν σηματοδοτούσε και τη λήξη του, καθώς η πρόληψη της οστεοπόρωσης και των πτώσεων δεν μπορεί να έχουν ημερομηνία λήξης, από τη στιγμή που ως φαινόμενα η οστεοπόρωση και οι πτώσεις δεν παύουν να υφίστανται. Από τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, φαίνεται ότι η συνεργασία των Δήμων με άλλους φορείς λειτουργεί ως θετικός καταλύτης στη χρονικά μεγαλύτερη εφαρμογή του προγράμματος, άρα μπορούμε να πούμε ότι η συνεργασία των Δήμων με τους άλλους φορείς συμβάλλει τελικά στη βιωσιμότητα εφαρμογής του προγράμματος. Το γεγονός ότι οι περισσότεροι Δήμοι υλοποίησαν το πρόγραμμα λιγότερο από πέντε μήνες, ίσως δείχνει κυρίως τη μη ορθή κατανόηση όσων δημοτικών υπαλλήλων ασχολήθηκαν με το ΗΠΙΟΝΗ της φιλοσοφίας αυτών των προγραμμάτων, ή ακόμα και την έλλειψη διάθεσής τους για τη συνέχιση υλοποίησης του προγράμματος ενδεχομένως λόγω έλλειψης κινήτρων, ή λόγω υποχρεωτικής υλοποίησης λοιπών δράσεων και καθηκόντων στους Δήμους.

Ε) Συμμετοχή δομών των Δήμων στην υλοποίηση του προγράμματος

Από τις ληφθείσες απαντήσεις των Δήμων που υλοποίησαν το πρόγραμμα φαίνεται ότι πρωταγωνιστικό ρόλο στην υλοποίηση των προγραμμάτων υγείας στην κοινότητα διαδραματίζουν οι πρωτοβάθμιες δομές υγείας των Δήμων και ιδιαίτερα τα ΚΑΠΗ και το Βοήθεια στο Σπίτι. Σε αυτό το σημείο λοιπόν πρέπει να τονισθεί ότι κρίνεται άκρως απαραίτητη η επάνδρωση όλων αυτών των δομών των Δήμων της χώρας με προσωπικό επαγγελματιών υγείας, όπως με νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές με σταθερή σχέση εργασίας, για την υλοποίηση, συνέχιση και εδραίωση της ουσιαστικής εφαρμογής προγραμμάτων υγείας στην κοινότητα.

ΣΤ) Συνεργασία των Δήμων με τους εμπλεκόμενους φορείς

Η συνεργασία των Δήμων με τους εμπλεκόμενους φορείς όσον αφορά στην ενεργή συμμετοχή τους για την υλοποίηση Δράσεων για το πρόγραμμα “ΗΠΙΟΝΗ” του έτους 2016, βρίσκεται ακόμα σε πρώιμο στάδιο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των Δήμων ανέφεραν ότι συνεργάστηκαν με Δημόσιες δομές και υπηρεσίες Υγείας, τοπικούς και περιφερειακούς φορείς και αρμόδιους επιστημονικούς συλλόγους και εταιρείες υγείας, όμως όπως ήδη παρουσιάστηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, δεν παύει ένα σημαντικό ποσοστό από τους Δήμους που απάντησαν ότι υλοποίησαν το πρόγραμμα να δήλωσαν ότι δεν συνεργάστηκαν με κανέναν άλλο φορέα. Όσον αφορά στους λόγους για τους οποίους δεν υπήρξε συνεργασία των Δήμων με άλλους φορείς, δηλώθηκαν σε μεγαλύτερα ποσοστά ο μη επαρκής αριθμός προσωπικού στους Δήμους και η έλλειψη διαθέσιμου χρόνου από μέρους των Δήμων. Αυτοί οι λόγοι όμως δεν είναι ικανοί να εμποδίσουν μια συνεργασία. Η συνεργασία είναι σχέση αμφίδρομη και η διασύνδεση των υπηρεσιών και των φορέων απαιτεί πάνω από όλα θέληση και κατάλληλη νοοτροπία των υπαλλήλων, ώστε με την πάροδο του χρόνου και με κοινό γνώμονα την επίτευξη του καλού επιπέδου υγείας των πολιτών, να εδραιωθούν ισχυρές σχέσεις εμπιστοσύνης και καλής συνεργασίας μεταξύ των υπαλλήλων των εμπλεκόμενων φορέων. Θα μπορούσαμε να πούμε λοιπόν ότι διακρίνεται περισσότερο μια τάση εσωστρέφειας προς τις υπηρεσίες τους από μέρους τόσο των εργαζομένων των Δήμων, όσο και των υπαλλήλων και των άλλων φορέων. Ίσως σε βάθος χρόνου, μέσω της επαναλαμβανόμενης υλοποίησης προγραμμάτων όπως το ΗΠΙΟΝΗ, να αποκτηθεί η κατάλληλη εμπειρία που θα γίνει καθημερινή πράξη και νοοτροπία και, τελικά επιτευχθεί η επιθυμητή κουλτούρα συνεργασίας και μια γέφυρα διασύνδεσης των φορέων της κοινότητας. Αποτελεί θετικό στοιχείο το ότι οι περισσότεροι Δήμοι δήλωσαν τη συνεργασία τους με δομές, συλλόγους και εταιρείες υγείας και ενδεχομένως αυτή η συνεργασία να αποτελέσει ένα είδος μαγιάς για τη δημιουργία σταθερής γέφυρας επικοινωνίας και την ουσιαστική εφαρμογή μελλοντικών προγραμμάτων υγείας.

Z) Βαθμός επιτυχίας ως προς την επίτευξη των επιμέρους στόχων του προγράμματος

Όσον αφορά στο βαθμό επιτυχίας ως προς την επίτευξη των επιμέρους στόχων του προγράμματος όπως αυτοί παρουσιάζονται στην εγκύκλιο του Υπουργείου και σύμφωνα με τις απαντήσεις των ορισμένων υπευθύνων του προγράμματος από τους Δήμους που υλοποίησαν δράσεις, έχουμε τα εξής:

- Η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ηλικιωμένων ατόμων και των οικογενειών τους για θέματα υγείας που σχετίζονται με την πρόληψη και διαχείριση της οστεοπόρωσης και των πτώσεων, καθώς και η παρακολούθηση ατόμων που έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες για εμφάνιση οστεοπόρωσης αξιολογήθηκε κυρίως ως επιτυχής. Σε αυτό το σημείο ίσως έπαιξε

θετικό ρόλο η ήδη υλοποίηση από τους Δήμους της κοινής πολιτικής του ΕΔΔΥΠΠΥ για την τρίτη ηλικία, η οποία περιλαμβάνει και δράσεις για την πρόληψη της οστεοπόρωσης.

- Η συστηματική παραπομπή και διαχείριση περιστατικών με οστεοπόρωση σε εξειδικευμένα κέντρα και υπηρεσίες υγείας αξιολογήθηκε από την πλειοψηφία των υπευθύνων του προγράμματος στους Δήμους ως εν μέρει επιτυχής, γεγονός που επιβεβαιώνει το πρώιμο στάδιο συνεργασίας των Δήμων με τους εμπλεκόμενους φορείς, όπως περιγράφηκε στην προηγούμενη παράγραφο.

- Η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και στελεχών υπηρεσιών και φορέων σε θέματα φροντίδας και εξυπηρέτησης των ηλικιωμένων έλαβε χώρα μόνο σε δύο Δήμους και αξιολογήθηκε ως επιτυχής. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στους Δήμους μπορούν να δηλώνουν την επιθυμία τους για επιμόρφωση προκειμένου να αξιοποιούν τις επιπλέον γνώσεις τους στην καθημερινή τους πράξη και, εφόσον δεν εμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών τους, τους δίνεται η άδεια για την παρακολούθηση. Αυτό προϋποθέτει όμως τόσο την ίδια τη θέληση και πρωτοβουλία των επαγγελματιών υγείας, όσο και την κατανόηση των υπηρεσιών για τη σημαντικότητα της επιμόρφωσης ώστε να τους παραχωρούν την άδεια.

- Η ανάπτυξη της πρωτογενούς πρόληψης για την αποφυγή των πτώσεων στην τρίτη ηλικία και ιδιαίτερα σε επίπεδο αγωγής υγείας (αλλαγή στάσεων και συνηθειών, υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής, τροποποίηση συμπεριφορών) αξιολογήθηκε από την πλειοψηφία των Δήμων που δήλωσαν ότι υλοποίησαν σε αυτό το κομμάτι δράσεις ως οριακά επιτυχείς, καθώς υπήρχε ένα σημαντικό ποσοστό αξιολόγησης ως εν μέρει επιτυχείς. Η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και ειδικά αυτών που εργάζονται στους Δήμους, στον τομέα της πρόληψης των πτώσεων, θα αποτελούσε ισχυρό παράγοντα περαιτέρω επιτυχίας στην επίτευξη της πρόληψης των πτώσεων στην τρίτη ηλικία, κάτι που, σε συνδυασμό με την ισχύουσα επιβαρυντική οικονομική κατάσταση (ΕΛΣΤΑΤ, 2017), θα μπορούσε να λάβει χώρα μέσω, αν όχι δωρεάν ή χρηματοδοτούμενων από τον φορέα εργασίας, τουλάχιστον επιδοτούμενων επιμορφωτικών προγραμμάτων για την πρόληψη των πτώσεων στην τρίτη ηλικία.

- Η πλειοψηφία των υπευθύνων του προγράμματος των Δήμων που είχαν δηλώσει ότι είχαν υλοποιήσει δράσεις δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, δεν γνώριζαν να τις αξιολογήσουν. Αυτό το γεγονός σημαίνει ότι οι υπεύθυνοι του προγράμματος δεν είχαν ανατροφοποιηθεί με δεδομένα των εν λόγω δράσεων. Ενδιαφέρον θα είχε εάν υπήρχαν στο ερωτηματολόγιο και επιπλέον ερωτήσεις που να αφορούν σε στοιχεία των ορισμένων από τον Δήμο υπευθύνων του προγράμματος, οι οποίοι και καλούνται να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, όπως το έτος γέννησης, την επαγγελματική/επιστημονική ιδιότητα, τη θέση

στην υπηρεσία τους και τον χρόνο προϋπηρεσίας τους σε αυτή τη θέση. Αυτά τα στοιχεία ίσως βοηθούσαν και στη διεξαγωγή επιπλέον συμπερασμάτων, όπως για παράδειγμα εάν η επιστημονική τους ιδιότητα ή τα χρόνια προϋπηρεσίας τους, τους διευκολύνουν στην αξιολόγηση των δράσεων, ή ακόμα και εάν στους Δήμους ορίζονται τα κατάλληλα άτομα βάσει των τυπικών προσόντων τους ως υπεύθυνοι υλοποίησης προγραμμάτων υγείας.

H) Ανάδειξη της πιθανής επιθυμίας για συνέχιση του προγράμματος και προβλήματα που παρουσιάστηκαν κατά την υλοποίησή του

Η πλειοψηφία των Δήμων που δήλωσαν στα ληφθέντα ερωτηματολόγια πως υλοποίησαν το πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016, δήλωσαν ότι είναι επιθυμητή η συνέχισή του εφόσον αντιμετωπισθούν τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν. Τα προβλήματα που δήλωσαν οι Δήμοι ότι κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος σε συνδυασμό με τα σχόλια που συμπληρώθηκαν προαιρετικά στο τέλος του ερωτηματολογίου από τους Δήμους που υλοποίησαν δράσεις, μπορούν να επικεντρωθούν στους εξής πέντε άξονες:

i) έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και ποιοτικής στελέχωσης στους Δήμους: ο μειωμένος αριθμός προσωπικού και η έλλειψη διαθέσιμου χρόνου επιλέχθηκαν ως προβλήματα από την πλειοψηφία των Δήμων που υλοποίησαν το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016 και, επιπλέον, σε αυτόν τον άξονα περιλαμβάνονται τα σχόλια: “Δυστυχώς υφίσταται έλλειψη προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής στους Δήμους”, “Θα θέλαμε να κάνουμε περισσότερες δράσεις για το πρόγραμμα, όμως δεν έχουμε προσωπικό”, “Χρειαζόμαστε επιπλέον προσωπικό επαγγελματιών υγείας για αυτά τα προγράμματα”, “Θα βοηθούσε η πρόσληψη επαγγελματιών υγείας στο προσωπικό του Δήμου”. Ο μειωμένος αριθμός προσωπικού στους Δήμους φέρνει ως συνέπεια την ανάληψη πολλών καθηκόντων σε κάθε εργαζόμενο, με αποτέλεσμα πολλές φορές να υλοποιούνται μόνο τα υποχρεωτικά καθήκοντα και, ενδεχομένως να υφίσταται και μείωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η έλλειψη του ανθρώπινου δυναμικού στους Δήμους και ιδιαιτέρως προσωπικού επαγγελματιών υγείας, σε συνδυασμό με τη γήρανση του υπάρχοντος προσωπικού, την αδυναμία οικονομικών ή άλλων κινήτρων, αλλά και τον μη υποχρεωτικό χαρακτήρα της εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας για την υλοποίηση του προγράμματος, καθιστούν εκ προοιμίου τουλάχιστον συγκρατημένα αισιόδοξη την επιτυχία υλοποίησης του προγράμματος στους Δήμους. Ένας ακόμα επιβαρυντικός παράγοντας είναι ότι σύμφωνα με απολογιστικά στοιχεία του Υπουργείου Εσωτερικών, υφίσταται σημαντικό μέρος του προσωπικού των δήμων που απασχολείται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία (ΠΔ 410/1988), απαγορεύεται η απασχόληση υπαλλήλων με σύμβαση εργασίας

ορισμένου χρόνου σε έργα άσχετα με εκείνα για τα οποία προσλήφθηκε και, επιπλέον, οι συμβάσεις αυτές έχουν από τη φύση τους ημερομηνία λήξης, δυσχεραίνοντας έτσι περισσότερο τόσο την υλοποίηση όσο και τη βιωσιμότητα των προγραμμάτων στους Δήμους, όπως το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016. Σε αυτό το σημείο είναι αξιόλογο να σημειωθεί ότι υφίστανται ήδη επαγγελματίες υγείας στους Δήμους που εργάζονται επί σειρά ετών με συμβάσεις όμως ορισμένου χρόνου σε δομές όπως το Βοήθεια στο Σπίτι και χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του Ασφαλιστικού Κεφαλαίου Αλληλεγγύης Γενεών / Εισφορά Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (Αριθ. οικ. 47011/2752/11.10.2017, ΦΕΚ 4069/Β/23.11.2017), γεγονός που σημαίνει ότι εφόσον, πάντα μέσα υπό το πρίσμα το νομικό, υπάρξει πολιτική βούληση για πρόσληψη των εν λόγω επαγγελματιών υγείας στους Δήμους με μόνιμη σχέση εργασίας, δεν θα υπάρξει επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού, ενώ ταυτόχρονα θα υφίσταται ποιοτική στελέχωση με επαγγελματίες υγείας στους Δήμους.

ii) έλλειψη συντονισμού από το Υπουργείο: σε αυτόν τον άξονα περιλαμβάνεται το σχόλιο: “Θα βοηθούσε ένας συντονιστικός μηχανισμός από το Υπουργείο Υγείας, ένα κοινό πεδίο καταγραφής των δράσεων για όλους τους δήμους”. Στο πρόγραμμα εμπλέκεται ένας μεγάλος αριθμός από φορείς, υπηρεσίες και δομές σε όλη την έκταση της ελληνικής επικράτειας, άρα από τη φύση του το πρόγραμμα είναι πολυδομικό και πολυδιάσπαστο, καθιστώντας δύσκολη την ευθυγράμμιση των υλοποιούμενων δράσεων όλων των φορέων, δομών και υπηρειών προς τους κοινούς στόχους επίτευξης του προγράμματος. Γι’ αυτό το λόγο κρίνεται πολύ σημαντική η ύπαρξη ενός κέντρου συντονισμού από το Υπουργείο Υγείας για το πρόγραμμα. Είναι επίσης σημαντικό ότι οι ίδιοι οι Δήμοι επιζητούν έναν συντονιστικό μηχανισμό από το Υπουργείο, γεγονός που δείχνει ότι οι ίδιοι οι υπάλληλοι γνωρίζουν πως για την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων και σύμφωνα με τη μεθοδολογία που εργάζονται, κρίνεται επιθυμητός και απαραίτητος ο συντονιστικός μηχανισμός από το Υπουργείο. Η βοήθεια της τεχνολογίας και της πληροφορίας στην υγεία μπορεί να χαρακτηριστεί σε αυτή την περίπτωση τουλάχιστον απαραίτητη, μιας και μέσω κατάλληλων πληροφορικών προγραμμάτων και εφαρμογών θα μπορούσε να δημιουργηθεί μια βάση συλλογής δεδομένων, που θα συντονίζεται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας και περιφερικά από εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους των φορέων και των υπηρειών. Αυτό θα μπορούσε να βοηθήσει κατ’επέκταση και στην επιβεβαίωση λήψης των εγκυκλίων, στην αποτύπωση των υλοποιούμενων δράσεων κάθε φορέα, στην αναζήτηση πληροφοριών για τη διασύνδεση μεταξύ των φορέων, ακόμα και στην ανάδειξη καλών πρακτικών.

iii) ελλιπής κουλτούρα διασύνδεσης φορέων και μειωμένη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών μέσα στον δήμο: σε αυτόν τον άξονα περιλαμβάνεται το σχόλιο: “Απαιτείται

καλύτερη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών του Δήμου και δεν ήταν και εύκολη η διασύνδεση του Δήμου με τους άλλους φορείς”. Οι υπάλληλοι των υπηρεσιών ενός δήμου, προκειμένου να επιτυγχάνουν στο μέγιστο δυνατό βαθμό την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων πολιτών, αλλά και την ταχύτερη υλοποίηση των καθηκόντων τους, μπορούν να δημιουργήσουν ένα κατάλληλο κλίμα συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών του δήμου που, τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα, θα οφελήσει τόσο τους ίδιους όσο και τους πολίτες, αλλά και τον δήμο ως οργανισμό. Επιπλέον, οι υπάλληλοι των φορέων όπως για παράδειγμα των δήμων και των πρωτοβάθμιων δομών υγείας, έχοντας ως κοινό στόχο την καλή ποιότητα υπηρεσιών των εξυπηρετούμενων πολιτών και, γενικότερα, την επίτευξη της καλής υγείας τους, μπορούν να βρουν τους τρόπους εκείνους που θα τους οδηγήσουν στην εξωστρέφεια από τα «όρια» του φορέα τους προς τη διασύνδεσή τους με άλλους φορείς. Η διασύνδεση των υπηρεσιών και των φορέων απαιτεί χρόνο, θέληση και κατάλληλη νοοτροπία των υπαλλήλων, ώστε να εδραιωθούν ισχυρές σχέσεις εμπιστοσύνης και καλής συνεργασίας μεταξύ τους. Παρόλα αυτά, θετικό στοιχείο αποτελεί πως ένα σημαντικό ποσοστό Δήμων που υλοποίησαν δράσεις αναφέρουν ότι συνεργάστηκαν με εθελοντές ιατρούς. Σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας για το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016, δύνανται να παρέχουν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους σε πολίτες ανασφάλιστους και με οικονομική αδυναμία, όσοι ιδιώτες ιατροί, παθολόγοι, ορθοπαιδικοί, γενικοί ιατροί και άλλες ειδικότητες επιθυμούν, μέσω της έγγραφης αίτησής τους στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας. Σε αυτό το σημείο φαίνεται πως η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών ιατρών είναι απαραίτητη και σημαντική για τις ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού ειδικά στην παρούσα οικονομικά δύσκολη περίοδο και, όντας σε συνεργασία με τις υπηρεσίες των Δήμων μπορεί να συμβάλλουν στην άμβλυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας.

iv) δυσκολία στη μετακίνηση φορέων όπως σύλλογοι και εταιρείες επαγγελματιών υγείας, που βρίσκονται στο κέντρο, προς την περιφέρεια: σε αυτόν τον άξονα περιλαμβάνεται το σχόλιο: “Επιθυμούσαμε να κάνουμε και άλλες δράσεις, αλλά βρίσκονται στην Αθήνα οι περισσότεροι φορείς και η μετακίνησή τους είναι δύσκολη εκτός Αττικής”. Η μετακίνηση των φορέων για δράσεις από το κέντρο στην περιφέρεια, εκτός από διαθέσιμο χρόνο, απαιτεί οικονομικούς πόρους, οι οποίοι δεν είναι εύκολα διαθέσιμοι. Οι περισσότεροι όμως φορείς έχουν και παραρτήματα στην περιφέρεια, κάτι που μπορεί να αξιοποιηθεί για συνεργασία τόσο από τους Δήμους, όσο και από τους φορείς, αρκεί να υπάρξει από τους υπαλλήλους των Δήμων και των φορέων θέληση και πρωτοβουλία για συνεργασία.

ν) ταύτιση μέρους του προγράμματος με δράσεις που ήδη υφίστανται από την κοινή πολιτική για την τρίτη ηλικία του ΕΔΔΥΠΠΥ: σε αυτόν τον άξονα περιλαμβάνεται το σχόλιο: “Λόγω του ΕΔΔΥΠΠΥ τρέχουμε ήδη την κοινή πολιτική για την τρίτη ηλικία που περιλαμβάνει την πρόληψη οστεοπόρωσης”. Σύμφωνα με την εγκύκλιο, εκπρόσωπος των Δήμων στους εμπλεκόμενους φορείς που παρευρέθησαν στις συναντήσεις με το Υπουργείο Υγείας και την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία προκειμένου να διαμορφώσουν από κοινού τις οδηγίες ανάπτυξης και υλοποίησης του ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016, ήταν το Υπουργείο Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης. Στην εγκύκλιο, ενώ αναφέρεται το ΕΔΔΥΠΠΥ στον πίνακα αποδεκτών, δεν αναφέρεται στους εμπλεκόμενους φορείς, το οποίο ΕΔΔΥΠΠΥ, όπως αναφέρθηκε και στο δεύτερο κεφάλαιο, έχει την πλειοψηφία των Δήμων ως μέλη του, είναι το μοναδικό Δίκτυο στην Ελλάδα που είναι πιστοποιημένο στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και, επιπλέον, οι Δήμοι-μέλη του καλούνται να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν κοινή πολιτική για την τρίτη ηλικία που περιλαμβάνει δράσεις και για την πρόληψη της οστεοπόρωσης, άρα πριν τη δημοσίευση της εγκυκλίου για το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016, κάποιοι Δήμοι ήδη υλοποιούσαν δράσεις για την πρόληψη της οστεοπόρωσης ακολουθώντας την κοινή πολιτική του ΕΔΔΥΠΠΥ και μπορεί να θεωρήθηκε από κάποιους εξ αυτών των Δήμων ότι δεν είναι απαραίτητο να υλοποιήσουν το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016, όμως αυτό θεωρήθηκε εσφαλμένως διότι οι δράσεις για την πρόληψη της οστεοπόρωσης αποτελούν σύμφωνα με την εγκύκλιο, μόνο ένα μέρος του προγράμματος. Είναι σημαντικό για την επιτυχία των προγραμμάτων στον τομέα της υγείας να είναι παρόντες και να συμμετέχουν από κοινού εξ αρχής στη διαδικασία διαμόρφωσης των οδηγιών ανάπτυξης και υλοποίησής τους όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς, καθένας από τους οποίους θα προτείνει και θα αναλαμβάνει καθήκοντα σύμφωνα με την αρμοδιότητά του. Με αυτό τον τρόπο όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς αυξάνουν τα επίπεδα δέσμευσής τους, μειώνονται οι πιθανές αντιδράσεις υλοποίησης και, κυρίως, παρόλο του μη υποχρωτικού χαρακτήρα των εγκυκλίων, διασφαλίζεται στο μέγιστο δυνατό η υλοποίηση των προγραμμάτων και, τελικά, η επιτυχία των προγραμμάτων υγείας, προς όφελος πάντα του επιπέδου υγείας των πολιτών.

Θ) Σχόλια Δήμων που ενώ έλαβαν την εγκύκλιο, δεν υλοποίησαν το πρόγραμμα

Τα σχόλια που καταγράφηκαν από Δήμους οι οποίοι απάντησαν ότι ενώ έλαβαν την εγκύκλιο δεν τη χρησιμοποίησαν για δράσεις, μπορούν να επικεντρωθούν στους εξής δύο άξονες:

ι) αναγκαιότητα πρόσληψης προσωπικού επαγγελματιών υγείας στους Δήμους: σε αυτόν τον άξονα περιλαμβάνονται τα σχόλια: “Είναι ανεπαρκής ο αριθμός του προσωπικού στον Δήμο”, “Έχουμε ήδη πολλά καθήκοντα και δεν μας μένει επιπλέον χρόνος για το πρόγραμμα”

και “Το υπάρχον προσωπικό έχει ήδη πολλά καθήκοντα, απαιτείται πρόσληψη προσωπικού”. Η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και ποιοτικής στελέχωσης στους Δήμους με επαγγελματίες υγείας, τελικά δε δυσχεραίνει μόνο την εφαρμογή και τη βιωσιμότητα των προγραμμάτων στους Δήμους όπως το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016, αλλά επιπλέον, αποτελεί και βασικό παράγοντα μη υλοποίησής τους. Από τη στιγμή που η υλοποίηση του εν λόγω προγράμματος στην κοινότητα προϋποθέτει αρχικώς την ποιοτική στελέχωση στους Δήμους με επαγγελματίες υγείας και επακολούθως την επιθυμία και προθυμία αυτών των επαγγελματιών να εφαρμόσουν το πρόγραμμα, είναι φανερό πως η έλλειψη του προσωπικού υγείας θα σημαίνει τουλάχιστον τη μη επαρκή εφαρμογή του προγράμματος. Σε αυτό το σημείο ενδεχομένως θα μπορούσε να ειπωθεί πως η έλλειψη αυτή των επαγγελματιών υγείας στους Δήμους θα ήταν δυνατό να αμβλυνθεί μέσω της συνεργασίας των Δήμων με επαγγελματίες υγείας από τοπικούς συλλόγους, εταιρείες και δομών υγείας, όμως σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αποκατασταθεί το κενό της έλλειψης επαγγελματιών υγείας στους Δήμους μέσω μιας τέτοιου είδους συνεργασίας, όσο ουσιαστική και ποιοτική και εάν είναι. Οι επαγγελματίες υγείας των δομών υγείας, των εταιρειών και των συλλόγων έχουν ήδη δικά τους καθήκοντα και, επιπλέον, η μη συνεχής παρουσία τους στην κοινότητα λόγω του διαφορετικού χώρου εργασίας τους, δεν μπορεί σαφώς να προσφέρει στους πολίτες την κατ’ εξακολούθηση παροχή υπηρεσιών υγείας που θα τους προσέφερε ένας επαγγελματίας υγείας που εργάζεται με σταθερή σχέση εργασίας σε Δήμο. Για την ουσιαστική εφαρμογή και βιωσιμότητα των προγραμμάτων υγείας στην κοινότητα, απαιτείται η ύπαρξη προσωπικού επαγγελματιών υγείας με σταθερή σχέση εργασίας στους Δήμους, ώστε η συνεργασία τους με τους επαγγελματίες υγείας των λοιπών φορέων να λειτουργήσει ως καλός καταλύτης για την εφαρμογή και καθιέρωση των προγραμμάτων υγείας σε επίπεδο κοινότητας.

ii) ύπαρξη χρονικού διαστήματος προσαρμογής και ενημέρωσης των υπεύθυνων για τα προγράμματα υπαλλήλων, σε περίπτωση ανάληψης νέων καθηκόντων και αλλαγής θέσης υπαλλήλων: σε αυτόν τον άξονα περιλαμβάνεται το σχόλιο: “Μόλις πριν λίγες ημέρες ανέλαβα την ευθύνη των προγραμμάτων υγείας στον Δήμο μας και δεν έχω ακόμη πλήρως ενημερωθεί από την προκάτοχό μου για το πρόγραμμα” από Δήμο που είχε απαντήσει ότι ενώ έλαβαν την εγκύκλιο, δεν την χρησιμοποίησαν για δράσεις στον Δήμο τους. Αυτό το χρονικό διάστημα ενημέρωσης και προσαρμογής είναι φυσικά απαραίτητο, όμως λαμβάνοντας υπ’ όψιν ότι η εγκύκλιος του Υπουργείου δεν είχε μεν υποχρεωτικό χαρακτήρα υλοποίησης, αλλά εκδόθηκε τον Σεπτέμβριο του 2016 και η περίοδος συλλογής των ερωτηματολογίων της παρούσας έρευνας ήταν από τη 15η Ιουνίου 2017 έως την 31η Οκτωβρίου 2017, μπορούμε να πούμε ότι οι υπηρεσίες οφείλουν να διασφαλίζουν σε εύλογο χρονικό διάστημα

κατά το μέγιστο δυνατό την επιθυμητή υλοποίηση προγραμμάτων, ακόμα και σε περίπτωση ανάληψης νέων καθηκόντων και αλλαγής θέσης υπαλλήλων, ειδάλλως εμπεριέχεται η πιθανότητα αναβολής ή και παραγκώνισης των εκκρεμοτήτων που δεν είναι υποχρεωτικές προς εφαρμογή, όπως το πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016.

I) Βαθμός ανταπόκρισης ενδιαφερόμενων στο πρόγραμμα

Είναι αξιόλογο ότι σύμφωνα με τις ληφθείσες απαντήσεις οι ενδιαφερόμενοι ανταποκρίθηκαν θετικά στις υλοποιούμενες δράσεις των Δήμων και, παρόλες τις υφιστάμενες αδυναμίες, κρίθηκε ότι το πρόγραμμα είχε θετικά αποτελέσματα, είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα, στους Δήμους που το υλοποίησαν. Επίσης, είναι αξιόλογο το ότι ακόμα και Δήμοι που δεν είχαν λάβει την εγκύκλιο, ζήτησαν την προώθησή της προκειμένου να ενημερωθούν και να εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Μέσω της εφαρμογής του προγράμματος ΗΠΙΟΝΗ στους Δήμους, μπορεί να επιτευχθεί το ζητούμενο της υποστήριξης και φροντίδας της τρίτης ηλικίας και, επιπλέον, επιτυγχάνεται η διαμόρφωση στο βέλτιστο βαθμό της πολιτικής της κοινωνικής μέριμνας της τοπικής αυτοδιοίκησης, έχοντας ως επίκεντρο τον πολίτη και το καλό επίπεδο της υγείας του.

IA) Συμπεράσματα

Από όλα τα παραπάνω, θα μπορούσαμε να πούμε συνοπτικά ότι οι κυριότερες αδυναμίες του προγράμματος ΗΠΙΟΝΗ για το έτος 2016 είναι ο ελλιπής βαθμός ενημέρωσης του προγράμματος στους Δήμους της χώρας, η έλλειψη κεντρικού συντονιστικού μηχανισμού, η ύπαρξη μη επαρκούς τόσο αριθμού όσο και ποιοτικής στελέχωσης στους Δήμους με επαγγελματίες υγείας και η ύπαρξη συνεργασίας σε πρώιμο ακόμα στάδιο μεταξύ των φορέων της κοινότητας. Κυριότερα θετικά στοιχεία του προγράμματος αποτελούν η επιθυμία των Δήμων να ενημερωθούν και να το εφαρμόσουν, η θετική ανταπόκριση των ενδιαφερομένων στις δράσεις του προγράμματος, καθώς και η επιθυμία των Δήμων να συνεχιστεί το πρόγραμμα, εφόσον επιλυθούν τα υφιστάμενα προβλήματα. Δεν πρέπει να παραληφθεί και το γεγονός ότι το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016 ήταν το δεύτερο σε σειρά πιλοτικό πρόγραμμα, γεγονός που, σε συνδυασμό με το ότι με την παρούσα εργασία υπήρξε ενημέρωση για το πρόγραμμα ακόμα και σε Δήμους που δήλωσαν ότι δεν είχαν λάβει την εγκύκλιο αλλά επιθυμούν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα, δημιουργεί την αισιοδοξία της υλοποίησης του προγράμματος χρόνο με το χρόνο από ολοένα και περισσότερους Δήμους.

Τόσο οι προβλέψεις για τη ραγδαία αύξηση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών τα προσεχή χρόνια και τα σύγχρονα δημογραφικά δεδομένα (ΕΛΣΤΑΤ, 2017), όσο και η χαμηλή θέση της κατάταξης της χώρας μας (79η θέση σε 96 χώρες) στην παγκόσμια κατάταξη (Global Age Watch 2015) με τις χώρες όπου είναι

καλύτερες να γερνάς, καθώς και η διαπίστωση πως ενώ υπάρχουν προγράμματα και δράσεις που αφορούν κυρίως την υγεία και την κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους (βλ. Κεφάλαιο Δεύτερο), απουσιάζει στη χώρα μια ενιαία πολιτική για την προώθηση της καλής υγείας στην τρίτη ηλικία, είναι όλοι παράγοντες που καθιστούν απαραίτητη την υιοθέτηση μιας εθνικής πολιτικής για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων, στην οποία θα περιλαμβάνονται και δράσεις για την πρόληψη της οστεοπόρωσης και των πτώσεων. Για να μπορέσει μια πολιτική για την προώθηση της υγείας στην τρίτη ηλικία να αξιοποιηθεί για την άσκηση πολιτικής πίεσης και να είναι επιτυχής στην εφαρμογή της, θα πρέπει να είναι ολοκληρωμένη και να περιλαμβάνει την υγεία σε πολυεκφαντικές πτυχές της πολιτικής, όπως το περιβάλλον, οι μεταφορές, η στέγαση, η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες διαθέτουν πολιτικές για την υγιή γήρανση, είτε ενσωματώνοντάς την στη γενική πολιτική υγείας που αφορά το σύνολο του πληθυσμού, είτε ως ξεχωριστό τμήμα της πολιτικής για τη δημόσια υγεία (Σχέδιο «Υγιής Γήρανση», 2007). Σε αυτές τις πολιτικές δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην εφαρμογή δράσεων στην κοινότητα. Στο πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016 δόθηκε επίσης σημασία στις παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας, όπου αυτές βρίσκονται σε ξεχωριστή ενότητα της αντίστοιχης εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας, όπως περιγράφηκε στο τρίτο κεφάλαιο.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που έλαβε χώρα στην παρούσα εργασία, για την αποφυγή της εμφάνισης προβλημάτων και της ελλιπούς εφαρμογής της πολιτικής για την πρόληψη και προαγωγή υγείας των ηλικιωμένων στην κοινότητα, καλό θα ήταν η εν λόγω πολιτική να βασίζεται σε έναν στρατηγικό σχεδιασμό ο οποίος θα περιέχει έναν κεντρικό συντονιστικό μηχανισμό, θα περιλαμβάνει όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, θα αναβαθμίζει ποιοτικώς τις ήδη υπάρχουσες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καλύπτοντας τις υφιστάμενες ανάγκες τους και θα αξιοποιεί την εμπειρία και τον μηχανισμό υλοποίησης δράσεων υγείας του ΕΔΔΥΠΠΥ, που είναι ο μοναδικός φορέας της τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα που είναι πιστοποιημένος στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπως περιγράφηκε στο δεύτερο κεφάλαιο. Είναι αναγκαίο για την επίτευξη της βιωσιμότητας να υπάρξει ένα πλαίσιο συνεργατικής πολιτικής όπου εταίροι και φορείς θα συνεργάζονται σε μία ενιαία προσέγγιση, να παρέχονται αειφόροι πόροι προς υποστήριξη της υλοποίησης και να υφίσταται μια διαδικασία αξιολόγησης για την απήχηση των αποτελεσμάτων. Με αυτόν τον τρόπο, η ενιαία αυτή πολιτική θα μπορέσει να αποτελέσει εργαλείο εργασίας για τα υπουργεία, τους οργανισμούς και τους θεσμούς που θέτουν ως ομάδα-στόχο στις δράσεις τους τους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας.

Θα ήταν πολύ χρήσιμη στα πλαίσια μιας κοινής πολιτικής για την πρόληψη και προαγωγή υγείας των ηλικιωμένων στην κοινότητα και η καταγραφή του αριθμού, των ειδικοτήτων και των σχέσεων εργασίας των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε κάθε Δήμο, ώστε να ληφθούν ανάλογες πολιτικές αποφάσεις για την ποιοτική στελέχωση των Δήμων με επαγγελματίες υγείας, αξιοποιώντας σε πρώτη φάση την εμπειρία των ήδη εργαζόμενων επαγγελματιών υγείας της κοινότητας. Επιπλέον, η συνεχής εκπαίδευση και επιχορηγούμενη επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα που άπτονται της τρίτης ηλικίας και που θα μπορούν να μοριοδοτούνται και να αναγνωρίζονται στο Δημόσιο παρέχοντας στους επαγγελματίες υγείας εργασιακές και οικονομικές προοπτικές, μπορούν να περιληφθούν στον στρατηγικό σχεδιασμό ως κίνητρα για τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, θα ήταν επιθυμητό να υφίσταται ως αναπόσπαστο κομμάτι στα πλαίσια μιας κοινής πολιτικής για την τρίτη ηλικία και η αξιοποίηση εργαλείων και υπηρεσιών της τεχνολογίας και της ηλεκτρονικής υγείας, που μέσω των εφαρμογών τους μπορεί να βελτιωθεί η πρόσβαση και η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και μπορεί να δημιουργηθούν δίκτυα ανταλλαγής πληροφοριών για την υγεία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων, ώστε να υπάρχει συντονισμός δράσεων προς όφελος των πολιτών.

IB) Αντί επιλόγου

Κρίνεται αναγκαία η υιοθέτηση μίας εθνικής πολιτικής για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων, που θα περιλαμβάνει στους επιμέρους στόχους και την πρόληψη της οστεοπόρωσης και των πτώσεων. Η ενεργός συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης κρίνεται απαραίτητο και αναπόσπαστο κομμάτι στα πλαίσια αυτής της εθνικής πολιτικής. Οι Δήμοι είναι κοντά στον πολίτη και γνωρίζουν τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους, έχουν το πλεονέκτημα μέσω της κατάλληλης στρατηγικής να αντιδρούν γρήγορα και στοχευμένα στα εκάστοτε ζητήματα, γεγονός που είναι ακόμα πιο σημαντικό όταν τα ζητήματα αυτά αφορούν σε θέματα υγείας. Μέσω της θεσπισμένης και θεσμικά καθιερωμένης εφαρμογής και υλοποίησης δράσεων για την πρόληψη και προαγωγή υγείας των ηλικιωμένων στην κοινότητα, και όχι μέσω δράσεων πιλοτικού χαρακτήρα όπως έως τώρα γίνεται, θα μπορέσει να επιτευχθεί η υποστήριξη, η μέριμνα και η φροντίδα της τρίτης ηλικίας. Το Υπουργείο Υγείας μαζί με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία και με παρόντες όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, μπορούν, μέσω του κατάλληλου σχεδιασμού, των οδηγιών ανάπτυξης αλλά και της ανατροφοδότησης από τη συνεχή εφαρμογή προγραμμάτων όπως το ΗΠΙΟΝΗ, να συμβάλλουν σε βάθος χρόνου στη δημιουργία τόσο της κατάλληλης κουλτούρας συνεργασίας μεταξύ των τοπικών φορέων, όσο και των κατάλληλων συνθηκών

στην κοινότητα για την επίτευξη της ενεργούς και υγιής γήρανσης του πληθυσμού και της καλής ποιότητας ζωής των πολιτών.

Ενδιαφέρον θα είχε σε επακόλουθη έρευνα για το ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016 να λάβει χώρα εκτίμηση των δεδομένων για την ανάπτυξη και οργάνωση του προγράμματος μέσω συνέντευξης από τους εμπλεκόμενους φορείς, καθώς επίσης και διερεύνηση της απήχησης του εν λόγω προγράμματος στις δομές υγείας που συμμετείχαν στην υλοποίησή του και στους εξυπηρετούμενους-ωφελούμενους του προγράμματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Bennett G, Ebrahim S. (1995). *The Essentials of Health Care in Old Age*. 2nd ed. London: Edward Arnold, Hodder Headline Group.
- Bergman I, Almkvist O. (2013). The effect of age on fluid intelligence is fully mediated by physical health. *Arch Gerontol Geriatr*; 57(1):100–9.
- Buchner DM, Beresford SAA, Larson EB, La Croix AZ and Wagner EH. (1993). Effects of physical activity on health status in older adults II: Intervention studies. *Annual Review of Public Health*; 13:469-488.
- Buxton S. (2015). “Self-awareness of fallsrisk among elderly patents. Characterizing awareness deficits and exploring associated factors; *Physiospot*.
- Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM. (1997). Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women; *BMJ*; 315(7115):1065–9. doi: 10.1136/bmj.315.7115.1065.
- Javeau, C. (1996). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή. Τζαννόνε - Τζώρτζη, Κ. Ι. (επιμέλεια και απόδοση στα ελληνικά). Αθήνα: εκδ. Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός.
- Cryer C. (2001). *What works to prevent accidental injury amongst older people*. London: Health Development Agency.
- Delbaere K., Close J. C., Heim J., Sachdev P. S., Brodaty H., Slavin M. J., et al. (2010). A multifactorial approach to understanding fall risk in older people. *J. Am. Geriatr. Soc.* 58, 1679–1685 10.1111/j.1532-5415.2010.03017.x
- Enkvist Å, Ekström H, Elmståhl S. (2013). Associations between cognitive abilities and life satisfaction in the oldest-old. Results from the longitudinal population study Good Aging in Skåne. *Clin Interv Aging*; 8:845–53.
- European Commission. (2016). *Active ageing Index*.
- European Commission. (2007). *Healthy ageing: keystone for a sustainable Europe*, Brussels: Health and Consumer Protection, Directorate-General.
- European Prospective Osteoporosis Study (EPOS) Group. (2002). Incidence of vertebral fracture in europe: results from the European Prospective Osteoporosis Study (EPOS). *J Bone Miner Res*; 17(4):716-24.

- Fillit H, Rockwood K, Woodhouse K. (2010). Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 7th ed. Philadelphia Saunders imprint of Elsevier Inc.
- Freeman C. et al. (2002). Quality improvement for patients with hip fracture: experience from a multi-site audit. *Qual Saf Health Care*. 11(3): p. 239-45.
- Gorman M. (1999). Development and the rights of older people. In *Help Age International* (Ed.), *The ageing and development report* (pp. 3±21). London: Earthscan.
- Lamb S, Becker C, Gillespie L, Smith J, Finnegan S, Potter R, et al. (2011). Reporting of complex interventions in clinical trials: development of a taxonomy to classify and describe fall-prevention interventions. *Trials*; 12(1):125. doi: 10.1186/1745-6215-12-125.
- Marks R. (2014). Falls Among the Elderly: Multi-factorial Community-based Falls-Prevention Programs. *Aging Sci*.2:1. DOI:10.4172/2329-8847.1000e109
- Nordell et al. (2000). Accidental falls and related fractures in 65-74 year olds: a retrospective study of 332 patients. *Acta Orthop Scand*. 71(2): p. 175-9.
- Reeve J & Silman A. (1993). The European Prospective Osteoporosis Study (EPOS). *JOURNAL OF BONE AND MINERAL RESEARCH*. 8. S341-S341
- Sherrington C, Tiedemann A, Fairhall N, Close JCT, Lord SR. (2011). Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *N S W Public Health Bull*. 22(4):78–83. doi: 10.1071/NB10056.
- Shumway-Cook A, Baldwin M, Polissar NL, Gruber W. (1997). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults. *Phys Ther*. 77(8):812-9.
- Stalenhoef P. A., Diederiks J. P. M., Knottnerus J. A., Kester A. D. M., Crebolder H. F. J. M. (2002). A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly: A prospective cohort study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 1088-1094.
- Tinetti ME. (1994). Prevention of falls and fall injuries in elderly persons: a research agenda. *Prev Med*. 23(5):756-62.
- United Nations, *World Population Prospects: The 2010 Revision*.
- Weigelt JA. (1997). Trauma. In: *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. 6th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons; 1997:26.
- WHO, D.o.I.a.V.P. (2002). Noncommunicable Disease and Mental Health Cluster, *The Injury Chart Book*. Fall-related injuries. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Yfantopoulos J., “The Impact of Economic Crisis on Health Inequalities in the E.U. Countries”, Παρουσίαση σε Ημερίδα στην Αθήνα με θέμα: “Κοινωνικές Ανισότητες στην Ευρώπη”, Γ.Γ.Ε.Τ, Γ.Δ.Ε της Ε.Ε, Ιούνιος 2014

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Κακλαμάνη Τ. & Ντυκέν Μ., «Πληθυσμός ορεινών περιοχών: Προτυποποίηση δημογραφικών & οικονομικών δεικτών ταξινόμησης», στο, Β. Κοτζαμάνης, Β. Παππάς επιμ., Χώρος και Πληθυσμός. Αναλυτικές Προσεγγίσεις, Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων, Τμήμα Μηχανικών Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης, Πολυτεχνική Σχολή - Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος (2005), σ. 297-322
- Κουρέα - Κρεμαστινού Τ. Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές, ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑ (2007). ISBN13 9789606656125
- Ν. 3978/2011 - ΦΕΚ 137/Α/16-6-2011. Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Υπηρεσιών και Προμηθειών στους τομείς της Άμυνας και της Ασφάλειας-Εναρμόνιση με την Οδηγία 2009/81/ΕΚ - Ρύθμιση θεμάτων του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας. άρθρο 114 § 1
- Παπαθεοδώρου Χ., Μουσιδου Α. (2011) “Υγειονομική Περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα”, Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων
- Πατιστέα Ε. & Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα Κ. Η πρόληψη των πτώσεων ως σημαντική παράμετρος μιας υγιούς και επιτυχημένης υπερενηλικίωσης. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (2007), 46(4):468–4832007
- ΠΔ 410/1988 - ΦΕΚ 191/Α/30-8-1988 «Κωδικοποίηση σε ενιαίο κείμενο των διατάξεων της κείμενης νομοθεσίας, που αφορούν το προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου του Δημοσίου, των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των λοιπών Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου»
- ΠΟΛ.1098/4.4.1995. Διάκριση περιοχών σε πεδινές, ημιορεινές, ορεινές για την εφαρμογή της 1036112/609/Α0012/ΠΟΛ.1079/21.3.1995 απόφασης του Υπουργού των Οικονομικών - ΔΗΜΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΜΕ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΥΤΩΝ ΣΕ ΠΕΔΙΝΕΣ, ΗΜΙΟΡΕΙΝΕΣ ΚΑΙ ΟΡΕΙΝΕΣ

Διεθνείς ιστότοποι

- AGE et al. Healthy ageing- A challenge for Europe, Brussels: AGE, 2007. www.age-platform.org (assessed on 12th of January, 2017)
- AGE. Healthy ageing – Good practices, recommendations, policy actions, Brussels: AGE, 2007a www.age-platform.org (assessed on 12th of January, 2017)

- American National Council on Ageing, 2015 <https://www.ncoa.org/news/resources-for-reporters/usoa-survey/2015-results/> (assessed on 14th of January, 2017)
- Global Age Watch 2015, <http://www.helpage.org/global-agewatch/> (assessed on 6th of December, 2017)
- Healthy Cities Around the World. 2003-2007, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/101526/healthycityworld.pdf (assessed on 14th of January, 2017)
- International Federation on Ageing: From Plan to Action: Combating Ageism to Achieve Healthy Ageing. 2016 <https://www.ifa-fiv.org/combating-ageism-achieve-healthy-ageing/> (assessed on 14th of January, 2017)
- International Osteoporosis Foundation <https://www.iofbonehealth.org/epidemiology> (assessed on 15th of February, 2017)
- Irish Centre of Social Gerontology. The Economic Costs of falls and fractures in people aged 65 and over in Ireland. 2007 https://hse.ie/eng/services/publications/olderpeople/The_economic_costs_of_falls_and_fractures_in_people_aged_65_and_over_in_Ireland.pdf (assessed on 12th of January, 2017)
- Ottawa Charter, 1986 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (assessed on 13th of January, 2017)
- Study of Osteoporotic Fractures (SOF) <https://sofonline.epi-ucsf.org/interface/> (assessed on 15th of February, 2017)
- United Nations. World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and advance Tables. New York; 2015. <http://esa.un.org/unpd/wpp/> (assessed on 15th of January, 2017)
- WHO. Active Ageing – A Policy Framework. Madrid 2002. http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/ (assessed on 17th of January, 2017)
- WHO HS. Global Health and Aging NIH Publication No 117737. 2011 http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf (assessed on 17th of January, 2017)
- WHO. 69th World Health Assembly: The Global strategy and action plan on ageing and health. 2016 <http://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1> (assessed on 17th of January, 2017)

Ιστότοποι στην Ελλάδα

- Αριθ. οικ. 47011/2752/11.10.2017, ΦΕΚ 4069/Β/23.11.2017 «Μεταφορά ποσού στην Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε. (Ε.Ε.Τ.Α.Α) για τη

χρηματοδότηση της Γ' δόσης του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» για το χρονικό διάστημα από 1.1.2017 - 31.12.2017»
<https://www.docman.gr/download.html?document=29688> (assessed on 27th of November, 2017)

- Εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας ΗΠΙΟΝΗ έτους 2015 υπ' αρ. Γ3δ/Δ.Φ.18Γ/Γ.Π.71484/30-09-2015 (ΑΔΑ: ΩΤΡ1465ΦΥΟ-6ΔΣ) με θέμα «Σακχαρώδης Διαβήτης»
<http://www.3type.gr/uploads/xartis/PagkosmiesHmeres/Diavitis.pdf> (assessed on 5th of February, 2017)
- Εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας ΗΠΙΟΝΗ έτους 2016 υπ' αρ. Γ3δ/Δ.Φ.18Γ/Γ.Π.72241 (ΑΔΑ: ΩΖ57465ΦΥΟ-ΖΣΟ) με θέμα: «“Οργάνωση και Ανάπτυξη Εθνικού Πιλοτικού Προγράμματος Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας των Ηλικιωμένων Ατόμων - Ηπιόνη”, με παραλήπτες τους φορείς που αναγράφονται στον Πίνακα Αποδεκτών της εγκυκλίου και με θέμα για το 2016 “Πρόληψη της Οστεοπόρωσης και των Πτώσεων”»
http://www.eemmo.gr/DOCS/2016/EH_2016.pdf (assessed on 5th of February, 2017)
- Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων και Προαγωγής Υγείας www.eddyppy.gr (assessed on 5th of February, 2017)
- Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία
https://www.gerontology.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=103 (assessed on 12th of February, 2017)
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Μεταβολισμού των Οστών (ΕΕΜΜΟ), www.eemmo.gr (assessed on 12th of February, 2017)
- ΕΛΣΤΑΤ, “Δημογραφικά χαρακτηριστικά”, 2011 <https://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SAM03/-> (assessed on 19th of March, 2017)
- ΕΛΣΤΑΤ, “Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα”, 2017 <http://www.statistics.gr/living-conditions-in-greece> (assessed on 22th of November, 2017)
- Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης www.eefiap.gr (assessed on 13th of February, 2017)
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η συμβολή της Ε.Ε. στην ενεργό γήρανση και την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, 2012 <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8710&langId=el> (assessed on 17th of January, 2017)
- Ιατρική Εταιρεία Αθηνών <http://www.mednet.gr/#> (assessed on 17th of January, 2017)

- Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδας <https://www.kedke.gr/el/index.php> (assessed on 28th of April, 2017)
- Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων <http://www.eetaa.gr/kodikas/> (assessed on 29th of April, 2017)
- Ν. 4461/2017, «Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις», άρθρο 106 (ΦΕΚ 38 Α΄) <https://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/806> (assessed on 22th of November, 2017)
- Ορφικός Ύμνος της υγείας
[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1_\(%CE%B3%CE%85%CE%B8%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1\)](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1_(%CE%B3%CE%85%CE%B8%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1))
(assessed on 27th of January, 2017)
- Σχέδιο «Υγής Γήρανση» 2004-2007
http://old.50plus.gr/images/content/Greek_shortHealthAgeing_web.pdf (assessed on 19th of January, 2017)
- 50και Ελλάς <http://old.50plus.gr/> (assessed on 27th of January, 2017)
- Υπουργείο Εργασίας <http://www.ypakp.gr/> (assessed on 26th of April, 2017)
- Υπουργείο Εσωτερικών και Διοικητικής Μεταρρύθμισης <http://www.minadmin.gov.gr/>
(assessed on 26th of April, 2017)
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης www.moh.gr (assessed on 19th of January, 2017)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Δήμοι ελληνικής επικράτειας ανά περιφέρεια και Δήμοι-μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ ανά περιφέρεια

Δήμοι ελληνικής επικράτειας ανά περιφέρεια / Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ ανά περιφέρεια
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ: 15 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΡΑΜΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΟΞΑΤΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΔΡΑΜΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΒΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΣΟΥΦΛΙΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΘΑΣΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΘΑΣΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΒΑΛΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΒΑΛΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΝΕΣΤΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΓΓΑΙΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΞΑΝΘΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΒΔΗΡΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΜΥΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΞΑΝΘΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΤΟΠΕΙΡΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΡΟΔΟΠΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΡΡΙΑΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΙΑΣΜΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΑΡΩΝΕΙΑΣ – ΣΑΠΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ: 58 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΧΑΡΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΒΑΡΗΣ – ΒΟΥΛΑΣ – ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΙΟΝΥΣΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΡΩΠΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ

ΔΗΜΟΣ ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΕΣΟΓΑΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΙΑΝΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΛΛΗΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΡΑΦΗΝΑΣ – ΠΙΚΕΡΜΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΑΡΩΝΙΚΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΠΑΤΩΝ – ΑΡΤΕΜΙΔΟΣ
ΔΗΜΟΣ ΩΡΩΠΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΒΡΙΑΗΣΣΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΗΦΙΣΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΛΥΚΟΒΡΥΣΗΣ – ΠΕΥΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΕΩΣ
ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΠΑΓΟΥ – ΧΟΛΑΡΓΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΕΝΤΕΛΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΦΙΛΟΘΕΗΣ – ΨΥΧΙΚΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΣΠΡΟΠΥΡΓΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΑΝΔΡΑΣ – ΕΙΔΥΛΛΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΕΓΑΡΕΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΦΥΛΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΥΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ – ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΙΓΑΛΕΩ
ΔΗΜΟΣ ΙΛΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΕΩΣ
ΔΗΜΟΣ ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΒΥΡΩΝΟΣ
ΔΗΜΟΣ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΔΑΦΝΗΣ – ΥΜΗΤΤΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΖΩΓΡΑΦΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΗΛΙΟΥΠΟΛΕΩΣ

ΔΗΜΟΣ ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ – ΧΑΛΚΗΔΟΝΟΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΗΣΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΚΙΣΤΡΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΙΓΙΝΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΥΘΗΡΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΠΟΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΑΛΑΜΙΝΟΣ
ΔΗΜΟΣ ΣΠΕΤΣΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΤΡΟΙΖΗΝΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΥΔΡΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΟΤΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΛΙΜΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΓΛΥΦΑΔΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ – ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΟΣΧΑΤΟΥ – ΤΑΥΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ – ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΝΙΚΑΙΑΣ – ΑΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗ ΡΕΝΤΗ
ΔΗΜΟΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ: 4 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΚΑΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΙΚΑΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΦΟΥΡΝΩΝ ΚΟΡΣΕΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΕΣΒΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΛΕΣΒΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΗΜΝΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΟΥ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΛΗΜΝΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΑΜΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΑΜΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΧΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΟΙΝΟΥΣΣΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΧΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΨΑΡΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: 8 Δήμοι- μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΚΤΙΟΥ – ΒΟΝΙΤΣΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΘΕΡΜΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΙΕΡΑΣ ΠΟΛΗΣ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΝΑΥΠΑΚΤΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΞΗΡΟΜΕΡΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΧΑΪΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΙΓΙΑΛΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΧΑΪΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΕΡΥΜΑΝΘΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΤΡΕΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΛΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΝΔΡΑΒΙΔΑΣ – ΚΥΛΛΗΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΝΔΡΙΤΣΑΙΝΑΣ – ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΑΡΧΑΙΑΣ ΟΛΥΜΠΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΖΑΧΑΡΩΣ
ΔΗΜΟΣ ΗΛΙΔΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΗΝΕΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΥΡΓΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ: 7 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΡΕΒΕΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΓΡΕΒΕΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΔΕΣΚΑΤΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΝΕΣΤΟΡΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΟΡΕΣΤΙΔΟΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΖΑΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΒΟΪΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΕΟΡΔΑΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΟΖΑΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΣΕΡΒΙΩΝ – ΒΕΛΒΕΝΤΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΦΛΩΡΙΝΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΡΕΣΠΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΦΛΩΡΙΝΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ: 5 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΤΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΡΤΑΙΩΝ

ΔΗΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΚΑΡΑΪΣΚΑΚΗ
ΔΗΜΟΣ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΤΖΟΥΜΕΡΚΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΚΟΥΦΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΣΟΥΛΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΦΙΛΙΑΤΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΒΟΡΕΙΩΝ ΤΖΟΥΜΕΡΚΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΔΩΔΩΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΖΑΓΟΡΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΖΙΤΣΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΙΩΑΝΝΙΤΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΚΟΝΙΤΣΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΕΤΣΟΒΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΩΓΩΝΙΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΡΕΒΕΖΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΖΗΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΡΓΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΡΕΒΕΖΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ: 13 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΡΓΙΘΕΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΛΙΜΝΗΣ ΠΛΑΣΤΗΡΑ
ΔΗΜΟΣ ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΛΑΜΑ
ΔΗΜΟΣ ΣΟΦΑΔΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΕΛΑΣΣΟΝΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΙΛΕΛΕΡ
ΔΗΜΟΣ ΛΑΡΙΣΑΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΤΕΜΠΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΤΥΡΝΑΒΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΦΑΡΣΑΛΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΛΜΥΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΒΟΛΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΖΑΓΟΡΑΣ – ΜΟΥΡΕΣΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΝΟΤΙΟΥ ΠΗΛΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΡΗΓΑ ΦΕΡΑΙΟΥ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΠΟΡΑΔΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΑΛΟΝΝΗΣΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΚΙΑΘΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΚΟΠΕΛΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΥΛΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΤΡΙΚΚΑΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΦΑΡΚΑΔΟΝΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ: 6 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΖΑΚΥΝΘΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΖΑΚΥΝΘΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΘΑΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΙΘΑΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΕΡΚΥΡΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΞΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΕΥΚΑΔΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΛΕΥΚΑΔΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΕΓΑΝΗΣΙΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ: 21 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΜΑΘΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΒΕΡΟΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΗΡΩΙΚΗΣ ΠΟΛΗΣ ΝΑΟΥΣΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΩΝ – ΜΕΝΕΜΕΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΒΟΛΒΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΕΛΤΑ
ΔΗΜΟΣ ΘΕΡΜΑΪΚΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΘΕΡΜΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΑΜΑΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΔΕΛΙΟΥ – ΕΥΟΣΜΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΛΑΓΚΑΔΑ
ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΠΟΛΗΣ – ΣΥΚΕΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΥΛΟΥ ΜΕΛΑ
ΔΗΜΟΣ ΠΥΛΑΙΑΣ – ΧΟΡΤΙΑΤΗ
ΔΗΜΟΣ ΧΑΛΚΗΔΟΝΟΣ
ΔΗΜΟΣ ΩΡΑΙΟΚΑΣΤΡΟΥ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΙΑΚΙΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΙΑΚΙΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΙΟΝΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΕΛΛΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΛΜΩΠΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΕΔΕΣΣΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΕΛΛΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΣΚΥΔΡΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΙΕΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΙΟΥ – ΟΛΥΜΠΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΥΔΝΑΣ – ΚΟΛΙΝΔΡΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΕΡΡΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΑΜΦΙΠΟΛΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΒΙΣΑΛΤΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΠΑΠΠΑ
ΔΗΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΣ ΖΙΧΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΣΕΡΡΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΣΙΝΤΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΣΣΑΝΔΡΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΝΕΑΣ ΠΡΟΠΟΝΤΙΔΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΟΛΥΓΥΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΙΘΩΝΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ: 7 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΡΧΑΝΩΝ – ΑΣΤΕΡΟΥΣΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΒΙΑΝΝΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΓΟΡΤΥΝΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΜΙΝΩΑ ΠΕΔΙΑΔΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΦΑΙΣΤΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΑΣΙΘΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΟΡΟΠΕΔΙΟΥ ΛΑΣΙΘΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΗΤΕΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΜΑΡΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΝΩΓΕΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΜΥΛΟΠΟΤΑΜΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΡΕΘΥΜΝΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΧΑΝΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΑΠΟΚΟΡΩΝΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΓΑΥΔΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΝΤΑΝΟΥ – ΣΕΛΙΝΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΙΣΣΑΜΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΛΑΤΑΝΙΑ
ΔΗΜΟΣ ΣΦΑΚΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΧΑΝΙΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ: 19 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΝΔΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΝΔΡΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΘΗΡΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΝΑΦΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΘΗΡΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΙΗΤΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΣΙΚΙΝΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΦΟΛΕΓΑΝΔΡΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΛΥΜΝΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΑΘΟΝΗΣΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΣΤΥΠΑΛΛΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΥΜΝΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΛΕΙΨΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΛΕΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΤΜΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΠΑΘΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΡΠΑΘΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΣΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΕΑΣ – ΚΥΘΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΕΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΥΘΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΩ
ΔΗΜΟΣ ΚΩ
ΔΗΜΟΣ ΝΙΣΥΡΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΗΛΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΙΜΩΛΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΜΗΛΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΕΡΙΦΟΥ

ΔΗΜΟΣ ΣΙΦΝΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΥΚΟΝΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΜΥΚΟΝΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΑΞΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΜΟΡΓΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΝΑΞΟΥ ΚΑΙ ΜΙΚΡΩΝ ΚΥΚΛΑΔΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΑΝΤΙΠΑΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΡΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΡΟΔΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΜΕΓΙΣΤΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΡΟΔΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΥΜΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΤΗΛΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΧΑΛΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΥΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΥΡΟΥ – ΕΡΜΟΥΠΟΛΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΗΝΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΤΗΝΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ: 16 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΡΓΟΥΣ – ΜΥΚΗΝΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΕΠΙΔΑΥΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΕΡΜΙΟΝΙΔΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΝΑΥΠΛΙΕΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΚΑΔΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΒΟΡΕΙΑΣ ΚΥΝΟΥΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΓΟΡΤΥΝΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΝΟΤΙΑΣ ΚΥΝΟΥΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΤΡΙΠΟΛΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΒΕΛΟΥ – ΒΟΧΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΙΝΘΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ – ΑΓΙΩΝ ΘΕΟΔΩΡΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΝΕΜΕΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ – ΕΥΡΩΣΤΙΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΣΙΚΥΩΝΙΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΕΛΑΦΟΝΗΣΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΕΥΡΩΤΑ

ΔΗΜΟΣ ΜΟΝΕΜΒΑΣΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΣΠΑΡΤΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΕΣΣΗΝΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΟΙΧΑΛΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΥΛΟΥ – ΝΕΣΤΟΡΟΣ
ΔΗΜΟΣ ΤΡΙΦΥΛΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: 13 Δήμοι - μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΟΙΩΤΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΛΙΑΡΤΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΔΙΣΤΟΜΟΥ – ΑΡΑΧΟΒΑΣ – ΑΝΤΙΚΥΡΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΘΗΒΑΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΛΕΒΑΔΕΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΟΡΧΟΜΕΝΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΤΑΝΑΓΡΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΥΒΟΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΙΡΦΥΩΝ – ΜΕΣΣΑΠΙΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΕΡΕΤΡΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΙΣΤΙΑΙΑΣ – ΑΙΔΗΨΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΡΥΣΤΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΚΥΜΗΣ – ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΜΑΝΤΟΥΔΙΟΥ – ΛΙΜΝΗΣ – ΑΓΙΑΣ ΑΝΝΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΣΚΥΡΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΧΑΛΚΙΔΕΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΓΡΑΦΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΡΠΙΕΝΗΣΙΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΦΘΙΩΤΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΜΦΙΚΛΕΙΑΣ – ΕΛΑΤΕΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΟΜΟΚΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΛΑΜΙΕΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΛΟΚΡΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΜΑΚΡΑΚΩΜΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΩΛΟΥ – ΑΓΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΣΤΥΛΙΔΟΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΦΩΚΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΔΕΛΦΩΝ
ΔΗΜΟΣ ΔΩΡΙΔΟΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Τοπογραφική ταξινόμηση (υψομετρική – νησιωτικότητα – παραμεθόριος) των Δήμων-μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ

A/A	ΔΗΜΟΙ - ΜΕΛΗ ΕΔΔΥΠΠΥ	ΟΡΕΙΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	ΗΜΙ-ΟΡΕΙΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	ΠΕΔΙΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	ΔΗΜΟΣ ΣΕ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	ΔΗΜΟΣ ΣΕ ΠΑΡΑΜΕΘΟΡΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ
1	ΑΒΔΗΡΩΝ					
2	ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ					
3	ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ					
4	ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ					
5	ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ - ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ					
6	ΑΓΚΙΣΤΡΙΟΥ					
7	ΑΓΡΑΦΩΝ					
8	ΑΓΡΙΝΙΟΥ					
9	ΑΘΗΝΑΙΩΝ					
10	ΑΙΓΑΛΕΩ					
11	ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ					
12	ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ					
13	ΑΛΙΑΡΤΟΥ - ΘΕΣΠΙΕΩΝ					
14	ΑΛΙΜΟΥ					
15	ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ					
16	ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΩΝ ΜΕΝΕΜΕΝΗΣ					
17	ΑΜΦΙΚΛΕΙΑΣ ΕΛΑΤΕΙΑΣ					
18	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΝΗΣ					
19	ΑΝΔΡΑΒΙΔΑΣ - ΚΥΛΛΗΝΗΣ					
20	ΑΝΔΡΟΥ					
21	ΑΡΓΙΘΕΑΣ					
22	ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ					
23	ΑΡΡΙΑΝΩΝ					
24	ΑΡΤΑΙΩΝ					
25	ΑΣΠΡΟΠΥΡΓΟΥ					
26	ΑΧΑΡΝΩΝ					
27	ΒΑΡΗΣ ΒΟΥΛΑΣ ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ					
28	ΒΕΛΟΥ - ΒΟΧΑ					
29	ΒΕΡΟΙΑΣ					
30	ΒΟΛΒΗΣ					
31	ΒΟΛΟΥ					
32	ΒΡΙΑΗΣΣΙΩΝ					
33	ΒΥΡΩΝΟΣ					

34	ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ					
35	ΓΑΥΔΟΥ					
36	ΓΛΥΦΑΔΑΣ					
37	ΓΟΡΤΥΝΙΑΣ					
38	ΓΡΕΒΕΝΩΝ					
39	ΔΑΦΝΗΣ – ΥΜΗΤΤΟΥ					
40	ΔΕΛΤΑ					
41	ΔΕΛΦΩΝ					
42	ΔΕΣΚΑΤΗΣ					
43	ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ					
44	ΔΙΟΝΥΣΟΥ					
45	ΔΙΡΦΩΩΝ – ΜΕΣΣΑΠΙΩΝ					
46	ΔΙΣΤΟΜΟΥ – ΑΡΑΧΩΒΑΣ - ΑΝΤΙΚΥΡΑΣ					
47	ΔΟΞΑΤΟΥ					
48	ΔΡΑΜΑΣ					
49	ΔΥΤ.ΚΗΣ ΑΧΑΪΑΣ					
50	ΔΥΤ.ΚΗΣ ΜΑΝΗΣ					
51	ΔΩΡΩ ΟΣ					
52	ΕΔΕΣΣΑΣ					
53	ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ					
54	ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ – ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ					
55	ΕΟΡΔΑΙΑΣ					
56	ΕΡΕΤΡΙΑΣ					
57	ΕΡΜΟΝΙΔΑΣ					
58	ΕΡΥΜΑΝΘΟΥ					
59	ΖΑΚΥΝΘΙΩΝ					
60	ΖΩΓΡΑΦΟΥ					
61	ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ					
62	ΗΛΙΔΑΣ					
63	ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ					
64	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ					
65	ΗΡΩΙΚΗΣ ΠΟΛΗΣ ΝΑΟΥΣΣΑΣ					
66	ΘΑΣΟΥ					
67	ΘΕΡΜΑΪΚΟΥ					
68	ΘΕΡΜΗΣ					
69	ΘΗΒΑΪΩΝ					
70	ΙΑΣΜΟΥ					
71	ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ					
72	ΙΕΡΑΣ ΠΟΛΗΣ ΜΕΣΣΟΛΟΠΤΙΟΥ					
73	ΙΘΑΚΗΣ					
74	ΙΛΙΟΥ					
75	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ					

76	ΚΑΒΑΛΑΣ					
77	ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ					
78	ΚΑΛΥΒΡΥΤΩΝ					
79	ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ					
80	ΚΑΛΥΓΕΑΣ					
81	ΚΑΡΠΑΘΟΥ					
82	ΚΑΣΟΥ					
83	ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ					
84	ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ					
85	ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ					
86	ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ - ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ					
87	ΚΕΡΚΥΡΑΣ					
88	ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑΣ					
89	ΚΗΦΙΣΙΑΣ					
90	ΚΙΛΚΙΣ					
91	ΚΙΜΩΛΟΥ					
92	ΚΟΖΑΝΗΣ					
93	ΚΟΡΔΕΛΙΟΥ - ΕΥΘΕΜΟΥ					
94	ΚΟΡΙΝΘΙΩΝ					
95	ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ					
96	ΚΡΟΣΤΙΑΣ					
97	ΚΥΘΗΡΩΝ					
98	ΚΥΜΗΣ - ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ					
99	ΚΩ					
100	ΛΑΓΚΑΔΑ					
101	ΛΑΡΙΣΑΙΩΝ					
102	ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ					
103	ΛΕΙΨΩΝ					
104	ΛΕΡΟΥ					
105	ΛΕΥΚΑΔΟΣ					
106	ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ - ΠΕΡΑΧΩΡΑΣ - ΑΓΙΩΝ ΘΕΟΔΩΡΩΝ					
107	ΛΥΚΟΒΡΥΣΗΣ - ΠΕΥΚΗΣ					
108	ΜΑΚΡΑΚΩΜΗΣ					
109	ΜΑΝΔΡΑΣ - ΕΙΔΥΜΙΑΣ					
110	ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ - ΜΕΣΟΤΑΙΑΣ					
111	ΜΕΓΑΡΩΝ					
112	ΜΕΓΙΣΤΗΣ (ΚΑΣΤΕΛΛΟΡΥΖΟ)					
113	ΜΕΣΣΗΝΗΣ					
114	ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗΣ					
115	ΜΗΛΟΥ					
116	ΜΟΝΕΜΒΑΣΙΑΣ					
117	ΜΟΣΧΑΤΟΥ - ΤΑΥΡΟΥ					
118	ΜΥΚΟΝΟΥ					
119	ΜΩΛΟΥ - ΑΓΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ					

120	ΝΑΞΟΥ & ΜΙΚΡΩΝ ΚΥΚΛΑΔΩΝ					
121	ΝΑΥΠΛΙΩΝ					
122	ΝΕΑΤΟΛΗΣ - ΣΥΚΕΩΝ					
123	ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ					
124	ΝΕΑΣ ΠΡΟΠΟΝΤΙΔΑΣ					
125	ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ					
126	ΝΕΜΕΑΣ					
127	ΝΕΣΤΟΥ					
128	ΝΟΤΙΑΣ ΚΥΝΟΥΡΙΑΣ					
129	ΞΑΝΘΗΣ					
130	ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ - ΕΥΡΩΣΤΙΝΗΣ					
131	ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ					
132	ΟΡΟΣΠΕΔΙΟΥ ΛΑΣΙΘΙΟΥ					
133	ΠΑΓΓΑΙΟΥ					
134	ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ					
135	ΠΑΛΜΗΝΗΣ					
136	ΠΑΞΩΝ					
137	ΠΑΓΑΓΟΥ - ΧΟΛΑΡΓΟΥ					
138	ΠΑΡΑΝΗΣΤΙΟΥ					
139	ΠΑΤΜΟΥ					
140	ΠΑΥΛΟΥ ΜΕΛΑ					
141	ΠΕΙΡΑΙΑ					
142	ΠΕΛΛΑΣ					
143	ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ					
144	ΠΕΡΣΤΕΡΙΟΥ					
145	ΠΗΝΕΙΟΥ					
146	ΠΟΡΟΥ					
147	ΠΡΕΒΕΖΑΣ					
148	ΠΡΕΣΠΩΝ					
149	ΠΥΝΔΑΣ - ΚΟΛΙΝΔΡΟΥ					
150	ΠΥΛΑΙΑ - ΧΟΡΤΙΑΤΗ					
151	ΠΥΛΗΣ					
152	ΠΥΛΟΥ - ΝΕΣΤΟΡΟΣ					
153	ΠΩΓΩΝΙΟΥ					
154	ΡΑΦΗΝΑΣ - ΠΙΚΕΡΜΙΟΥ					
155	ΡΗΓΑ ΦΕΡΡΑΙΟΥ					
156	ΡΟΔΟΥ					
157	ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ					

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Δημογραφικά στοιχεία των Δήμων – μελών του ΕΛΔΥΠΠΥ

A/A	ΔΗΜΟΙ – ΜΕΛΗ ΕΛΔΥΠΠΥ	ΜΟΝΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 50-59 ΕΤΩΝ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 60-69 ΕΤΩΝ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 70+ ΕΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ % 50+ ΕΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ % 60+ ΕΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ
1	ΑΒΔΗΡΩΝ	19.005	1.516	2.224	2.176	31,13	23,15
2	ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	26.550	3.608	2.360	3.513	35,71	22,12
3	ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	59.704	8.332	6.521	7.871	38,06	24,11
4	ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ	71.294	9.069	6.127	8.135	32,73	20,00
5	ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ – ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ	62.529	7.799	5.405	6.850	32,07	19,60
6	ΑΓΚΙΣΤΡΙΟΥ	1.142	145	178	164	42,64	29,95
7	ΑΓΡΑΦΩΝ	6.976	1.003	1.055	2.188	60,87	46,49
8	ΑΓΡΙΝΙΟΥ	94.181	12.055	9.368	14.105	37,72	24,92
9	ΑΘΗΝΑΙΩΝ	664.046	86.849	67.665	96.576	37,81	24,73
10	ΑΙΓΑΛΕΩ	69.946	9.536	6.930	9.928	37,73	24,10
11	ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ	41.570	5.002	5.049	6.879	40,73	28,69
12	ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ	72.959	9.008	6.987	9.887	35,47	23,13
13	ΑΛΙΑΡΤΟΥ – ΘΕΣΠΙΕΩΝ	10.887	1.371	1.066	1.809	39,00	26,41
14	ΑΛΙΜΟΥ	41.720	5.872	4.453	5.369	37,62	23,54
15	ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ	72.333	9.727	8.209	9.593	38,06	24,61
16	ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΩΝ ΜΕΝΕΜΕΝΗΣ	52.127	7.761	5.326	6.692	37,94	23,06
17	ΑΜΦΙΚΛΕΙΑΣ ΕΛΑΤΕΙΑΣ	10.922	1.406	1.326	2.444	47,39	34,52
18	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΝΗΣ	13.005	1.638	1.531	2.861	46,37	33,77
19	ΑΝΔΡΑΒΙΔΑΣ – ΚΥΛΛΗΝΗΣ	21.581	2.666	2.228	3.123	37,15	24,79
20	ΑΝΔΡΟΥ	9.221	1.129	1.097	1.683	42,39	30,15

21	ΑΡΓΙΘΕΑΣ	3.450	473	531	1.128	61,80	48,09
22	ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ	18.294	2.396	2.324	3.255	43,59	30,50
23	ΑΡΡΙΑΝΩΝ	16.577	2.462	1.938	2.245	40,09	25,23
24	ΑΡΤΑΙΩΝ	43.166	5.858	5.159	7.300	42,43	28,86
25	ΑΣΠΡΟΠΥΡΓΟΥ	30.251	3.694	2.153	2.633	28,03	15,82
26	ΑΧΑΡΝΩΝ	106.943	13.352	8.718	8.505	28,59	16,10
27	ΒΑΡΗΣ - ΒΟΥΛΑΣ - ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ	48.399	6.692	5.465	5.518	36,52	22,69
28	ΒΕΛΟΥ - ΒΟΧΑ	19.027	2.444	1.960	3.049	39,17	26,33
29	ΒΕΡΟΙΑΣ	66.547	8.763	7.284	10.255	39,52	26,36
30	ΒΟΛΒΗΣ	23.478	2.796	3.127	4.868	45,96	34,05
31	ΒΟΛΟΥ	144.449	19.112	15.021	20.185	37,60	24,37
32	ΒΡΙΑΝΝΙΩΝ	30.741	4.505	3.365	3.191	35,98	21,33
33	ΒΥΡΩΝΟΣ	61.308	8.255	6.551	8.590	38,16	24,70
34	ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ	59.345	8.414	6.081	7.050	36,30	22,13
35	ΓΑΥΔΟΥ	152	16	16	20	34,21	23,68
36	ΓΛΥΦΑΔΑΣ	87.305	12.196	9.541	10.727	37,18	23,22
37	ΓΟΡΤΥΝΙΑΣ	10.109	1.273	1.347	3.678	62,30	49,71
38	ΓΡΕΒΕΝΩΝ	25.905	3.266	2.829	6.015	46,75	34,14
39	ΔΑΦΝΗΣ - ΥΜΗΤΤΟΥ	33.628	4.378	3.460	5.056	38,34	25,32
40	ΔΕΛΤΑ	45.839	5.356	4.070	5.146	31,79	20,11
41	ΔΕΛΦΩΝ	26.716	3.592	3.129	4.993	43,85	30,40
42	ΔΕΣΚΑΤΗΣ	5.852	813	734	1.522	52,44	38,55
43	ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ	19.493	2.436	2.475	4.766	49,64	37,15
44	ΔΙΟΝΥΣΟΥ	40.193	5.419	4.462	3.892	34,27	20,78
45	ΔΙΡΦΥΩΝ - ΜΕΣΣΑΠΙΩΝ	18.800	2.315	1.926	3.434	40,82	28,51

46	ΔΙΣΤΟΜΟΥ – ΑΡΑΧΩΒΑΣ - ΑΝΤΙΚΥΡΑΣ	8.188	1.150	857	1.246	39,73	25,68
47	ΔΟΞΑΤΟΥ	14.516	1.685	1.664	3.519	47,31	35,71
48	ΔΡΑΜΑΣ	58.944	7.834	5.824	9.697	39,62	26,33
49	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΧΑΪΑΣ	25.916	2.875	2.432	3.934	35,66	24,56
50	ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΝΗΣ	6.945	885	968	1.574	49,34	36,60
51	ΔΩΡΙΔΟΣ	13.627	1.705	1.853	3.757	53,68	41,17
52	ΕΔΕΣΣΑΣ	28.814	4.012	3.055	4.922	41,61	27,68
53	ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	29.902	3.659	2.404	2.908	30,00	17,76
54	ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ – ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	51.356	6.901	4.987	6.462	35,73	22,29
55	ΕΟΡΔΑΙΑΣ	45.592	5.998	3.928	6.903	36,91	23,76
56	ΕΡΕΤΡΙΑΣ	13.053	1.692	1.676	2.091	41,82	28,86
57	ΕΡΜΙΟΝΙΔΑΣ	13.551	1.721	1.535	2.212	40,35	27,65
58	ΕΡΥΜΑΝΘΟΥ	8.877	1.114	976	1.802	43,84	31,29
59	ΖΑΚΥΝΘΙΩΝ	40.759	5.375	3.779	5.838	36,78	23,59
60	ΖΩΓΡΑΦΟΥ	71.026	9.021	7.288	9.958	36,98	24,28
61	ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ	25.814	3.779	3.184	3.343	39,92	25,28
62	ΗΛΙΔΑΣ	32.219	4.246	3.241	5.062	38,95	25,77
63	ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ	78.153	10.466	7.810	10.804	37,21	23,82
64	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ	49.642	6.582	4.887	6.300	35,79	22,54
65	ΗΡΩΙΚΗΣ ΠΟΛΗΣ ΝΑΟΥΣΣΑΣ	32.494	4.521	3.853	5.481	42,64	28,73
66	ΘΑΣΟΥ	13.770	1.701	1.706	2.649	43,98	31,63
67	ΘΕΡΜΑΙΚΟΥ	50.264	6.229	4.858	5.613	33,22	20,83
68	ΘΕΡΜΗΣ	53.201	6.098	4.628	5.231	29,99	18,53
69	ΘΗΒΑΙΩΝ	36.477	4.142	3.406	4.846	33,98	22,62

70	ΙΑΣΜΟΥ	13.810	1.770	1.993	2.559	45,78	32,96
71	ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	27.602	3.466	2.642	4.361	37,93	25,37
72	ΙΕΡΑΣ ΠΟΛΗΣ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ	34.416	4.230	3.597	5.108	37,58	25,29
73	ΙΘΑΚΗΣ	3.231	455	389	696	47,66	33,58
74	ΙΛΙΟΥ	84.793	10.768	7.367	9.620	32,73	20,03
75	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	112.486	13.813	10.781	13.303	33,69	21,41
76	ΚΑΒΑΛΑΣ	70.501	9.367	7.527	11.682	40,53	27,25
77	ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ	26.458	3.444	2.846	3.741	37,91	24,90
78	ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	11.045	1.348	1.309	2.848	49,84	37,64
79	ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ	21.991	2.877	3.052	5.645	52,63	39,55
80	ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ	100.641	14.227	11.419	14.523	39,91	25,78
81	ΚΑΡΠΑΘΟΥ	6.226	778	681	969	39,00	26,50
82	ΚΑΣΟΥ	1.084	147	155	223	48,43	34,87
83	ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	35.874	5.289	3.619	5.439	39,99	25,25
84	ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	85.851	11.443	8.988	12.881	38,80	25,47
85	ΚΑΤΩ ΝΕΥΡΟΚΟΠΙΟΥ	7.860	1.072	742	1.729	45,08	31,44
86	ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ – ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ	91.045	11.879	8.517	11.129	34,63	21,58
87	ΚΕΡΚΥΡΑΣ	102.071	14.240	12.013	16.640	42,02	28,07
88	ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑΣ	35.801	4.578	3.527	6.364	40,42	27,63
89	ΚΗΦΙΣΙΑΣ	71.259	9.945	8.791	9.921	40,22	26,26
90	ΚΙΛΕΛΕΡ	20.854	2.841	2.721	4.027	45,98	32,36
91	ΚΙΜΩΛΟΥ	910	126	211	273	67,03	53,19
92	ΚΟΖΑΝΗΣ	71.388	9.831	6.593	9.551	36,39	22,61
93	ΚΟΡΔΕΛΙΟΥ – ΕΥΟΣΜΟΥ	101.753	11.849	6.369	7.884	25,65	14,01
94	ΚΟΡΙΝΘΙΩΝ	58.192	7.445	5.908	7.778	36,31	23,52
95	ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ	63.445	8.574	6.513	7.880	36,20	22,69
96	ΚΡΩΠΙΑΣ	30.307	3.859	3.188	3.422	34,54	21,81
97	ΚΥΘΗΡΩΝ	4.041	539	465	791	44,42	31,08
98	ΚΥΜΗΣ – ΑΛΙΒΕΡΙΟΥ	28.437	3.787	3.624	6.135	47,64	34,32
99	ΚΩ	33.388	3.902	2.930	2.604	28,26	16,57

100	ΛΑΓΚΑΔΑ	41.103	4.734	4.649	7.509	41,10	29,58
101	ΛΑΡΙΣΑΙΩΝ	162.591	20.694	14.782	17.424	32,54	19,81
102	ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ	25.102	3.470	3.384	3.645	41,83	28,00
103	ΛΕΙΨΩΝ	790	92	107	113	39,49	27,85
104	ΛΕΡΟΥ	7.917	998	966	974	37,11	24,50
105	ΛΕΥΚΑΔΟΣ	22.652	2.893	2.355	4.267	42,01	29,23
106	ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ – ΠΕΡΑΧΩΡΑΣ – ΑΓΙΩΝ ΘΕΟΔΩΡΩΝ	21.221	2.956	2.925	3.277	43,16	29,23
107	ΛΥΚΟΒΡΥΣΗΣ – ΠΕΥΚΗΣ	31.153	4.309	3.403	3.662	36,51	22,68
108	ΜΑΚΡΑΚΩΜΗΣ	16.036	1.993	2.088	4.332	52,46	40,03
109	ΜΑΝΔΡΑΣ – ΕΙΔΥΛΛΙΑΣ	17.885	2.210	1.970	2.454	37,09	24,74
110	ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ – ΜΕΣΟΓΑΙΑΣ	20.040	2.354	2.143	2.528	35,05	23,31
111	ΜΕΓΑΡΕΩΝ	36.924	4.315	3.514	4.299	32,85	21,16
112	ΜΕΓΙΣΤΗΣ (ΚΑΣΤΕΛΛΟΡΙΖΟ)	492	60	34	52	29,67	17,48
123	ΜΕΣΣΗΝΗΣ	23.482	3.109	3.077	5.747	50,82	37,58
114	ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗΣ	29.891	3.740	2.536	2.941	30,84	18,32
115	ΜΗΛΟΥ	4.977	615	658	888	43,42	31,06
116	ΜΟΝΕΜΒΑΣΙΑΣ	21.942	2.814	2.660	4.844	47,02	34,20
117	ΜΟΣΧΑΤΟΥ – ΤΑΥΡΟΥ	40.413	5.456	3.826	4.998	35,34	21,83
118	ΜΥΚΟΝΟΥ	10.134	1.174	765	783	26,86	15,28
119	ΜΩΛΟΥ – ΑΓΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ	12.090	1.520	1.623	2.447	46,24	33,66
120	ΝΑΞΟΥ & ΜΙΚΡΩΝ ΚΥΚΛΑΔΩΝ	18.904	2.201	1.915	2.751	36,33	24,68
121	ΝΑΥΠΛΙΕΩΝ	33.356	4.510	3.480	4.650	37,89	24,37
122	ΝΕΑΠΟΛΗΣ – ΣΥΚΕΩΝ	84.741	11.155	8.175	10.246	34,90	21,74
123	ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	67.134	8.956	6.699	8.335	35,73	22,39
124	ΝΕΑΣ ΠΡΟΠΟΝΤΙΔΑΣ	36.500	4.364	4.511	5.432	39,20	27,24
125	ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ	73.076	10.294	8.392	10.939	40,54	26,45
126	ΝΕΜΕΑΣ	6.483	828	725	1.365	45,01	32,24
127	ΝΕΣΤΟΥ	22.331	2.785	2.689	4.311	43,82	31,35
128	ΝΟΤΙΑΣ ΚΥΝΟΥΡΙΑΣ	8.294	1.097	1.012	1.738	46,38	33,16

129	ΞΑΝΘΗΣ	65.133	7.450	5.312	6.306	29,28	17,84
130	ΕΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ – ΕΥΡΩΣΤΙΝΗΣ	17.365	2.459	2.138	3.668	47,60	33,44
131	ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ	37.695	4.852	4.562	7.802	45,67	32,80
132	ΟΡΟΠΕΔΙΟΥ ΛΑΣΙΘΙΟΥ	2.387	245	312	892	60,70	50,44
133	ΠΑΓΓΑΙΟΥ	32.085	3.792	3.478	6.346	42,44	30,62
134	ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ	64.021	9.775	7.859	9.931	43,06	27,79
135	ΠΑΛΛΗΝΗΣ	54.415	6.650	4.663	4.198	28,51	16,28
136	ΠΑΞΩΝ	2.300	321	321	406	45,57	31,61
137	ΠΑΠΑΓΟΥ – ΧΟΛΑΡΓΟΥ	44.539	6.260	5.400	7.938	44,00	29,95
138	ΠΑΡΑΝΕΣΤΙΟΥ	3.901	470	406	1.109	50,88	38,84
139	ΠΑΤΜΟΥ	3.047	401	380	344	36,92	23,76
140	ΠΑΥΛΟΥ ΜΕΛΑ	99.245	12.555	7.972	9.765	30,52	17,87
141	ΠΕΙΡΑΙΑ	163.688	21.856	18.185	23.062	38,55	25,20
142	ΠΕΛΛΑΣ	63.122	8.098	6.749	10.112	39,54	26,71
143	ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	25.389	3.339	2.321	2.618	32,60	19,45
144	ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	139.981	18.133	12.909	17.372	34,59	21,63
145	ΠΗΝΕΙΟΥ	21.034	2.548	1.986	2.643	34,12	22,01
146	ΠΟΡΟΥ	3.993	467	434	665	39,22	27,52
147	ΠΡΕΒΕΖΑΣ	31.733	4.397	3.763	4.893	41,13	27,28
148	ΠΡΕΣΠΩΝ	1.560	233	184	285	45,00	30,06
149	ΠΥΝΔΑΣ – ΚΟΛΙΝΔΡΟΥ	15.179	1.888	1.938	3.545	48,56	36,12
150	ΠΥΛΑΙΑ – ΧΟΡΤΙΑΤΗ	70.110	9.248	6.493	6.352	31,51	18,32
151	ΠΥΛΗΣ	14.343	1.890	1.951	3.638	52,14	38,97
152	ΠΥΛΟΥ – ΝΕΣΤΟΡΟΣ	21.077	2.657	2.737	4.832	48,52	35,91
153	ΠΩΓΩΝΙΟΥ	8.960	1.287	1.412	2.614	59,30	44,93

154	ΡΑΦΗΝΑΣ – ΠΙΚΕΡΜΙΟΥ	20.266	2.756	2.287	2.222	35,85	22,25
155	ΡΗΓΑ ΦΕΡΡΑΙΟΥ	10.922	1.346	1.216	2.046	42,19	29,87
156	ΡΟΔΟΥ	115.490	13.449	12.120	11.221	31,86	20,21
157	ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	39.283	5.218	5.279	6.426	43,08	29,80
158	ΣΑΜΟΥ	32.977	3.847	3.524	5.591	39,31	27,64
159	ΣΑΡΩΝΙΚΟΥ	29.002	3.852	3.576	3.715	38,42	25,14
160	ΣΕΡΒΙΩΝ – ΒΕΛΒΕΝΙΟΥ	14.830	1.996	1.952	3.455	49,92	36,46
161	ΣΕΡΙΦΟΥ	1.420	174	204	326	49,58	37,32
162	ΣΗΤΕΙΑΣ	18.318	2.215	2.128	3.897	44,98	32,89
163	ΣΙΚΥΩΝΙΩΝ	22.794	2.974	2.557	3.952	41,60	28,56
164	ΣΙΦΝΟΥ	2.625	257	384	435	40,99	31,20
165	ΣΚΙΑΘΟΥ	6.088	791	612	626	33,33	20,34
166	ΣΚΥΔΡΑΣ	20.188	2.551	2.191	3.675	41,69	29,06
167	ΣΟΦΑΔΩΝ	18.864	2.169	2.467	4.261	47,16	35,67
168	ΣΠΑΡΤΗΣ	35.259	4.606	3.508	6.975	42,79	29,73
169	ΣΠΑΤΩΝ – ΑΡΤΕΜΙΔΟΣ	33.821	4.169	3.507	4.223	35,18	22,86
170	ΣΥΡΟΥ – ΕΡΜΟΥΠΟΛΗΣ	21.507	2.823	2.493	3.352	40,30	27,18
171	ΣΦΑΚΙΩΝ	1.889	221	180	262	35,10	23,40
172	ΤΕΜΠΩΝ	13.712	1.585	1.877	3.370	49,82	38,27
173	ΤΗΛΟΥ	780	110	129	105	44,10	30,00
174	ΤΗΝΟΥ	8.636	1.078	1.054	1.521	42,30	29,82
175	ΤΡΙΚΚΑΙΩΝ	81.335	10.935	9.521	12.901	41,01	27,57
176	ΤΡΙΠΟΛΗΣ	47.254	6.242	4.355	7.662	38,64	25,43
177	ΥΔΡΑΣ	1.966	281	245	343	44,20	29,91
178	ΦΑΡΚΑΔΟΝΑΣ	13.396	1.751	2.114	3.101	52,00	38,93
179	ΦΑΡΣΑΛΩΝ	18.545	2.373	2.232	3.790	45,27	32,47

180	ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ -ΧΑΛΚΗΔΟΝΑΣ	35.556	4.808	3.644	4.837	37,37	23,85
181	ΦΙΛΟΘΕΗΣ - ΨΥΧΙΚΟΥ	26.968	4.029	3.238	4.743	44,53	29,59
182	ΦΟΛΕΓΑΝΔΡΟΥ	765	96	92	133	41,96	29,41
183	ΦΟΥΡΝΩΝ ΚΟΡΣΕΩΝ	1.459	216	180	258	44,83	30,02
184	ΦΥΛΗΣ	45.965	5.014	3.569	3.519	26,33	15,42
185	ΧΑΙΔΑΡΙΟΥ	46.897	6.198	4.392	5.506	34,32	21,11
186	ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ	74.192	10.358	8.265	10.638	39,44	25,48
187	ΧΑΛΚΙΔΕΩΝ	102.223	12.660	9.727	11.519	33,17	20,78
188	ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΥ	26.717	3.033	2.480	3.117	32,30	20,95
189	ΧΙΟΥ	51.390	6.214	5.564	8.232	38,94	26,85
190	ΨΑΡΩΝ	458	74	53	95	48,47	32,31
191	ΩΡΑΙΟΚΑΣΤΡΟΥ	38.317	4.604	3.050	3.427	28,92	16,90
192	ΩΡΩΠΟΥ	33.769	3.796	3.778	4.528	35,84	24,60

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: Ερωτηματολόγιο

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "ΗΠΙΟΝΗ" 2016 - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΩΝ

1. Ο Δήμος σας είναι:

- Ορεινός
- Ημι-ορεινός
- Πεδινός

2. Ο Δήμος σας ανήκει σε νησιωτική περιοχή;

- Ναι
- Όχι

3. Ο Δήμος σας ανήκει σε παραμεθόρια περιοχή;

- Ναι
- Όχι

4. Η Εγκύκλιος έφθασε στα χέρια σας:

- Ναι, άμεσα (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου / fax / γραφείο πρωτοκόλλου)
- Ναι, έμμεσα (π.χ. τυχαία εύρεση της εγκυκλίου στο διαδίκτυο, ενημέρωση από επαγγελματίες υγείας)
- Όχι, δεν έφθασε

(εάν επιλέξατε ως απάντηση σε αυτή την ερώτηση: “Δεν έφθασε”, μεταβείτε στο τέλος του ερωτηματολογίου, απαντήστε προαιρετικά στην τελευταία ερώτηση και αποστείλετε το ερωτηματολόγιο)

5. Την Εγκύκλιο την χρησιμοποιήσατε για να αναπτύξετε Δράσεις στον Δήμο σας;

- Ναι
- Όχι

(εάν επιλέξατε ως απάντηση σε αυτή την ερώτηση: “Όχι”, απαντήστε και στην επόμενη ερώτηση και μετά μεταβείτε στο τέλος του ερωτηματολογίου, απαντήστε προαιρετικά στην τελευταία ερώτηση και αποστείλετε το ερωτηματολόγιο)

6. Εάν όχι, γιατί; (δικαίωμα για περισσότερο της μίας επιλογής)

- Μη επαρκής αριθμός προσωπικού στον Δήμο
- Δεν υπήρχε ο απαραίτητος διαθέσιμος χρόνος
- Δεν ήταν κατανοητή η εγκύκλιος
- Δεν γνωρίζω
- Άλλο

(Αφού απαντήσετε σε αυτή την ερώτηση, μεταβείτε στο τέλος του ερωτηματολογίου, απαντήστε προαιρετικά στην τελευταία ερώτηση και αποστείλετε το ερωτηματολόγιο)

7. Εάν ναι, πόσοι υπάλληλοι από τον Δήμο σας ασχολήθηκαν με την υλοποίηση του προγράμματος;

- 1-2
- 3-5
- Περισσότεροι από 5
- Δεν γνωρίζω

8. Εάν χρησιμοποιήσατε την εγκύκλιο για Δράσεις, με ποιους φορείς συνεργαστήκατε; (δικαίωμα για περισσότερο της μίας επιλογής)

- Τοπικούς και περιφερειακούς φορείς
- Δημόσιους φορείς υγείας
- Ιδιωτικούς φορείς υγείας
- Αρμόδιους επιστημονικούς Συλλόγους και Εταιρείες υγείας
 - Επαγγελματικούς Συλλόγους
 - Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
 - Συλλόγους ασθενών
- Με κανένα

- Δεν γνωρίζω
- Άλλο

9. Εάν δεν συνεργαστήκατε με κάποιον φορέα, ποιος ήταν ο λόγος; (δικαίωμα για περισσότερο της μίας επιλογής)

- Η επικοινωνία με τους άλλους φορείς ήταν ανεπαρκής
- Έλλειψη διαθέσιμου χρόνου από μέρους του Δήμου
- Μη επαρκής αριθμός προσωπικού στον Δήμο
- Δεν γνωρίζω
- Άλλο

10. Εάν συνεργαστήκατε με άλλους φορείς, την συνεργασία σας με τους άλλους φορείς θα την χαρακτηρίζατε:

- Άριστη
- Πολύ καλή
- Καλή
- Καθόλου καλή
- Δεν γνωρίζω

11. Ποιες δομές του Δήμου σας συμμετείχαν στις δράσεις; (δικαίωμα για περισσότερο της μίας επιλογής)

- Δημοτικά Ιατρεία
- ΚΑΠΗ
- ΚΗΦΗ
- Βοήθεια στο Σπίτι
- Δεν γνωρίζω
- Άλλο

12. Με ποιες άλλες δομές και υπηρεσίες συνεργαστήκατε ως Δήμος; (δικαίωμα για περισσότερο της μίας επιλογής)

- Δομές Υγείας και Υπηρεσίες του ΕΣΥ/ΠΕΔΥ
- Γενικές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας των Περιφερειών της Χώρας
- Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
- Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων
- Ιερές Μητροπόλεις
- Εθελοντές Επαγγελματίες Υγείας
- Με καμία
- Δεν γνωρίζω
- Άλλο

13. Ποιες Δράσεις υλοποιήσατε; (δικαίωμα για περισσότερο της μίας επιλογής)

- Ενημερωτικές Εκδηλώσεις (ημερίδες, ομιλίες κτλ)
- Ανάρτηση αφισών και διανομή ενημερωτικού υλικού και εντύπων σε δημόσιους χώρους
- Ενημερωτικές Αναρτήσεις σε ιστοσελίδες
- Επισκέψεις κατ'οίκον
- Παρεμβάσεις σε ευπαθείς ομάδες (Ρομά, μετανάστες κ.α.)
- Επιμόρφωση επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε Δομές τρίτης ηλικίας του Δήμου
- Συστηματική διαχείριση των περιστατικών με οστεοπόρωση
- Οργανωμένες παρεμβάσεις σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς ή και τριτογενούς πρόληψης
- Δεν γνωρίζω
- Άλλο

14. Αξιοποιήσατε στις Δράσεις σας το υλικό Αγωγής Υγείας, τα εργαλεία και τις δοκιμασίες που επισυνάπτονται στην σχετική εγκύκλιο;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

15. Εάν όχι, γιατί;

- Δεν ήταν κατανοητά
- Δεν κρίθηκε απαραίτητο από τους επαγγελματίες υγείας
- Δεν γνωρίζω
- Άλλο

16. Η διαδικασία των Κλινικών παρεμβάσεων και των παραπομπών, έγινε σύμφωνα με την σχετική εγκύκλιο (διαμόρφωση χρονοδιαγράμματος, συμπλήρωση "Εντύπου Παρακολούθησης", παραπομπή για περαιτέρω έλεγχο όταν κρίνεται απαραίτητο) ;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

17. Για πόσο χρονικό διάστημα υλοποιήσατε το πρόγραμμα;

- Λιγότερο από μήνα
- Ένα μήνα
- Δύο μήνες
- Τρεις μήνες
- Περισσότερο από τρεις μήνες
- Δεν γνωρίζω

18. Ποια προβλήματα κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος καλεστήκατε να αντιμετωπίσετε; (δικαίωμα για περισσότερο της μίας επιλογής)

- Προβλήματα συνεργασίας με τους άλλους φορείς
- Μειωμένος αριθμός του προσωπικού του Δήμου για την υλοποίηση των δράσεων
- Λιγοςτός διαθέσιμος χρόνος από μέρους σας
- Προβλήματα στην μετακίνηση για την υλοποίηση των δράσεων
- Δεν αντιμετωπίσαμε πρόβλημα
- Δεν γνωρίζω
- Άλλο

19. Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ηλικιωμένων στα θέματα οστεοπόρωσης και πρόληψης πτώσεων:

- Επιτυχείς
- Εν μέρει επιτυχείς
- Καθόλου επιτυχείς
- Δεν γνωρίζω

20. Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την ανάπτυξη πρωτογενούς πρόληψης για την αποφυγή πτώσεων στην τρίτη ηλικία:

- Επιτυχείς
- Εν μέρει επιτυχείς
- Καθόλου επιτυχείς
- Δεν γνωρίζω

21. Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την παρακολούθηση ατόμων με προδιαθεσικούς παράγοντες οστεοπόρωσης:

- Επιτυχείς
- Εν μέρει επιτυχείς
- Καθόλου επιτυχείς

- Δεν γνωρίζω

22. Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την συστηματική παραπομπή και διαχείριση περιστατικών με οστεοπόρωση:

- Επιτυχείς
- Εν μέρει επιτυχείς
- Καθόλου επιτυχείς
- Δεν γνωρίζω

23. Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα φροντίδας και εξυπηρέτησης ηλικιωμένων:

- Επιτυχείς
- Εν μέρει επιτυχείς
- Καθόλου επιτυχείς
- Δεν γνωρίζω

24. Κατά την γνώμη σας, οι Δράσεις που αναπτύξατε, ήταν ως προς την οργάνωση παρεμβάσεων δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης ηλικιωμένων:

- Επιτυχείς
- Εν μέρει επιτυχείς
- Καθόλου επιτυχείς
- Δεν γνωρίζω

25. Θεωρείτε ότι στις Δράσεις οι ενδιαφερόμενοι ανταποκρίθηκαν:

- Θετικά
- Αρνητικά
- Αδιάφορα
- Δεν γνωρίζω

26. Θεωρείτε ότι η υλοποίηση του προγράμματος πρόσφερε κάτι θετικό, είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα, στον Δήμο σας;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

27. Κατά την γνώμη σας, η συνέχιση του προγράμματος κρίνεται:

- Επιθυμητή
- Επιθυμητή, εφόσον αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν
- Μη επιθυμητή
- Αδιάφορη
- Δεν γνωρίζω

28. Προαιρετικά, μπορείτε να σημειώσετε οποιοδήποτε σχόλιο ή παρατήρηση θέλετε σχετικά με το πρόγραμμα ΗΠΙΟΝΗ για το έτος 2016, προκειμένου να ληφθούν υπόψη για την πιθανή συνέχισή του:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Επιστολή προς την/τον Υπεύθυνη/Υπεύθυνο του Δήμου για την υλοποίηση του προγράμματος “ΗΠΙΟΝΗ” για το έτος 2016

Αξιότιμη Κυρία / Κύριε,

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια των μεταπτυχιακών σπουδών στην «Πολιτική Υγείας – Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Η έρευνα αφορά στην υπ' αρ. Γ3δ/Δ.Φ.18Γ/Γ.Π.72241/28-09-2016 (ΑΔΑ: ΩΖ57465ΦΥΟ-ΖΣΟ) εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, με θέμα: «Οργάνωση και Ανάπτυξη Εθνικού Πιλοτικού Προγράμματος Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας των Ηλικιωμένων Ατόμων - Ηπιόνη», με θέμα για το 2016 «Πρόληψη της Οστεοπόρωσης και των Πτώσεων», η οποία και επισυνάπτεται στο email. Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η απήχηση του εν λόγω προγράμματος στους Δήμους της ελληνικής επικράτειας.

Η συμβολή σας στην επιτυχή διεξαγωγή της έρευνας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, εμπιστευτικό και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά και μόνο στα πλαίσια της στατιστικής ανάλυσης της έρευνας. Ο χρόνος που θα χρειαστείτε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι περίπου οκτώ λεπτά.

Ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για τη συμβολή και τον χρόνο σας.

Για οποιοδήποτε διευκρινίσεις ή απορίες, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με την κ. Ειρήνη Δρίζη, υποψήφια μεταπτυχιακού τίτλου του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης: irene.drizi@gmail.com ή του κινητού τηλεφώνου: 6938004268